


DOMINE
UT VIDEAM

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DES
OPHTHALMIES SYMPATHIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS).

PAR

PAUL RECLUS

Prosecteur de la Faculté de Médecine.

PARIS

Aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles.

V. A. DELAHAYE et Cie, Libraires-Éditeurs
23, Place de l'École-de-Médecine.

1878

CONCOURS D'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS)

Président : M. GOSSELIN.
Juges : MM. BROCA.
COURTY (de Montpellier).
DESGRANGES (de Lyon).
GUÉRIN Alphonse (Acad. de Méd.).
GUYON.
LE FORT.
PAJOT.
Secrétaire : M. LANNELONGUE.

COMPÉTITEURS.

CHIRURGIE.

MM. BOUILLY.
CHALLOT.
HEYDENREICH
HUMBERT.
LATTY.
PEYROT.
PONCET.
PUEL.
RECLUS.
RICHELOT.
TERRILLON.
VINCENT.

ACCOUCHEMENTS.

MM. BUDIN.
HERGOTT.
MARTEL.
PINARD.

PRÉFACE.

On nomme *ophthalmie sympathique* l'ensemble des troubles trophiques ou fonctionnels que provoquent dans le second œil les lésions traumatiques ou spontanées du premier. Nous désirons établir l'exactitude de cette définition qui suppose résolus bien des problèmes encore à l'étude.

Ce travail comprendra six chapitres :

Dans le premier, nous raconterons comment l'ophthalmie sympathique est entrée dans la nosologie, quelles évolutions le temps et les recherches lui ont fait subir, quels sont les points de doctrine qui restent encore obscurs.

Le deuxième traitera de l'étiologie : le champ délimité par Mackenzie s'est agrandi de tous côtés ; le traumatisme n'est plus la seule cause des ophthalmies réflexes et, tout comme les violences extérieures, les affections spontanées de l'œil ont sur le congénère une pernicieuse influence.

Par quelle voie cette influence délétère ira-t-elle de l'œil malade à l'œil sain ? Voilà le problème que nous soulèverons dans le troisième chapitre. Les altérations nutritives ne naîtraient pas, comme on l'affirme encore, de troubles vaso-moteurs persistants; nous voudrions les expliquer par une *névrite ascendante* du trijumeau, névrite qui se réfléchirait dans le bulbe sur le trijumeau du côté opposé et susciterait ainsi les accidents sympathiques. Ce n'est qu'une hypothèse ; mais elle s'accorde avec les lois de la physiologie générale que la théorie vaso-motrice heurte de front.

Dans le quatrième, nous décrirons les formes cliniques de l'ophthalmie réflexe. Les observations abondent, mais beaucoup sont médiocres. Réussirons-nous à débrouiller l'écheveau de tant de faits contradictoires, souvent mal observés et mal interprétés ?

Notre cinquième chapitre, fort court, sera consacré au diagnostic, dont l'importance est ici secondaire.

Enfin, dans le sixième, nous discuterons les nombreux traitements qu'on a proposés ; nous nous occuperons surtout de l'énucléation préventive ou curative, dont les indications sont si délicates et si controversées.

Un travail si long, sur un sujet si difficile, nous aurait coûté bien des peines sans l'aide et les conseils qu'on nous a prodigués. Nous remercierons d'abord M. Vulpian et M. Charcot de leurs indications sur la pathogénie des ophthalmies réflexes. MM. Abadie, Galezowski, Dransart (de Somain), Gayet (de Lyon), Brière (du Havre), nous ont fourni des observations excellentes. D'autres, que nous ne nommerons pas, ont aussi diminué notre tâche : recherches dans les recueils, traductions des auteurs allemands, anglais, suédois et italiens, ils n'ont épargné ni temps, ni travail, et nous leur en témoignons ici notre reconnaissance.

DES

OPHTHALMIES SYMPATHIQUES

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Pour ne dater que de 1844, époque où elle fut « systématisée » par Mackenzie, l'*ophthalmie sympathique* n'en a pas moins une fort longue histoire. Si trente-cinq ans à peine nous séparent du jour où elle a pris place dans la nosologie, il nous serait difficile d'énumérer tous les travaux qu'a suscités ce problème de la pathologie oculaire, de résumer toutes les discussions qu'il a soulevées, de critiquer toutes les théories qu'il a fait naître.

Nous allons tenter cependant de tracer en quelques lignes cette curieuse histoire. Nous ne passerons point en revue les innombrables mémoires publiés sur cette maladie. Tout ce que nous essaierons, c'est de marquer le chemin qu'a parcouru la question ; comment, fort simple au début, elle s'est tout à coup compliquée ; pourquoi, malgré tant de recherches faites par des hommes distingués, et en dépit de la fréquence des affections sympathiques, plusieurs points importants semblent aussi obscurs

que lorsqu'ils furent posés pour la première fois. Nous tâcherons de bien marquer les termes des problèmes qui se débattent aujourd'hui, et c'est sur eux que nous porterons nos efforts.

Avant Mackenzie, c'est la période d'observation inconsciente, ou du moins « non coordonnée : » on a relevé çà et là dans les auteurs quelques faits d'ophthalmie sympathique où la relation de cause à effet entre l'affection du premier œil et les accidents du second est assez nettement indiquée. De Brondeau nous dit avoir parcouru tous les écrits hippocratiques, Gallien, Celse, tous les auteurs anciens dont il a pu lire soit le texte, soit des traductions, et n'avoir rien découvert qui eût rapport à la question des affections sympathiques oculaires. En 1696, Thomas Bartholin aurait vu un cas de cécité provoqué par la blessure d'un seul œil. Qu'elle soit de Bartholin ou qu'elle ait été recueillie par tout autre, l'observation n'a qu'une médiocre valeur. La voici : « J'ai vu hier la fille d'un consul de Cimbrie. Elle avait été blessée à l'œil droit, d'un coup de couteau porté à l'improviste, et n'y voyait plus de cet œil. La blessure est aujourd'hui parfaitement cicatrisée, mais la vue n'a pas été recouvrée. L'œil gauche, très-sain jusqu'ici, commence d'être atteint de cataracte ; — sans doute parce que les humeurs se portent à l'œil lésé. » Nous en dirons autant du cas de Bidloo (1649-1713), rapporté par Jobert de Lamballe : un éclat de bois pénètre dans un œil ; comme on ne peut l'extraire, on le coupe au niveau de la cornée et l'on abandonne le reste, dans la certitude que la suppuration l'entraînera plus tard au dehors. Le chirurgien est cruellement trompé dans ses prévisions : l'inflammation est extrême ; elle se communique à l'autre œil, qu'on sauve à grand'peine.

Il nous faut franchir bien des années pour trouver une mention nouvelle. Dans son *Traité des nerfs*, publié en 1780, Tissot nous parle d'une dame « qui éprouva un ac-

cident singulier : il lui sauta assez fortement dans l'œil une graine de gentiane qui en sortit bientôt après ; au bout de quelques moments, elle s'aperçut qu'elle ne voyait plus de cet œil. Des troubles apparurent dans l'iris et durèrent vingt-quatre heures, puis la vue se rétablit ; mais il resta une si grande sensibilité dans les deux yeux pendant plusieurs mois, qu'ils larmoyaient incessamment ; au bout d'un an, ils étaient encore très-faibles. » Cette observation ne prouve pas grand'chose ; celle de Saint-Yves, plus ancienne, car elle parut en 1722, nous semble meilleure : un homme reçoit un coup de fusil en plein visage, un seul œil paraît atteint, néanmoins la vue se perd des deux côtés. Saint-Yves opère avec succès l'œil traumatisé : or, « chose surprenante, » celui qui n'avait pas été blessé, mais dont la vision avait disparu, recouvrait progressivement ses fonctions une année après l'opération pratiquée sur le premier.

C'est sans doute dans ses papiers de famille que Mooren a lu l'histoire de son bisaïeul, qui, « au commencement de la seconde moitié du siècle dernier, reçut, par l'imprudence d'un compagnon de chasse, une charge de petit plomb dans l'œil ; par suite de cet accident, la vision de cet œil fut complètement perdue, et six mois plus tard, le second œil était atteint d'une amaurose absolue. Les médecins de ce temps-là, conformément aux notions vagues et indécises qui régnaient alors dans la physiologie..., attribuèrent la perte de la vue à l'excès des douleurs produites par la lésion du premier œil. »

Avec le XIXᵉ siècle, les observations deviennent plus concluantes. On trouve, en 1818, dans le *Traité des maladies des yeux*, de Demours, quatre observations des plus nettes. Nous ne citerons que le fait d'une dame de Limoges qui reçut un coup de fusil chargé à petit plomb ; l'œil droit fut atteint et se flétrit ; le gauche conservait ses fonctions un an encore après l'accident ; la vue alors com-

mença de s'affaiblir, au point que la malade n'y voyait guère plus lorsqu'on la conduisit à Demours. Celui-ci constata une menace d'opacité des milieux transparents; le cas lui parut des plus graves, mais peut-être pas au-dessus des ressources de l'art; le traitement fut énergique et compliqué : émétique, vésicatoire à la nuque, fumigations toniques, eau de Balaruc, sel de Seignette, serpentaire de Virginie et sels volatils de vipère. Mais, malgré tant d'efforts, on ne put retarder la perte de la vue : « le glaucome s'était formé en 1791, et en 1817 la malade était toujours dans le même état de cécité. »

Demours ne nous donne pas seulement de bonnes observations d'ophthalmie sympathique, il a très-bien vu l'enchaînement des accidents oculaires, et il n'y revient pas moins de sept fois dans ses œuvres : « Très-souvent, nous dit-il, la désorganisation d'un œil à la suite de contusion, est une cause continuelle qui menace l'autre œil d'engorgement plus ou moins funeste, — il est d'autant plus important d'apporter la plus grande attention aux suites d'une blessure faite à l'un des yeux, que, dans plusieurs cas, on a vu l'autre œil s'affecter sympathiquement après la perte du premier. » Et plus loin encore : « L'œil sain est, par sa liaison sympathique avec l'autre, continuellement menacé du même sort. » C'en est assez, il nous semble, pour démontrer que, dès 1818, Demours reconnaissait nettement l'origine de l'ophthalmie sympathique.

L'année suivante, Wardrop signale aussi l'ophthalmie réflexe et propose, comme moyen de traitement, la destruction de l'œil primitivement atteint : « Cette opération, qui n'est pratiquée que par les vétérinaires, peut être adoptée avec avantage dans certains cas d'ophthalmie chez les hommes. » Barton, en 1835, conseille l'incision des yeux blessés, dans les cas où une ophthalmie due à un corps étranger a provoqué dans l'autre un état d'irritation

ou de cécité. Sept fois il pratique cette opération et obtient ainsi la guérison de ses malades. Auguste Bérard publie, dans les *Annales d'oculistique*, en 1844, — année où paraissait le livre de Mackenzie, — un mémoire *sur l'opération de la cataracte faite sur un seul œil sans attendre que la cataracte soit formée dans l'œil du côté opposé*. Et dans ce mémoire, il rapporte l'histoire d'un jeune homme observé par Jules Cloquet : ce jeune homme « devint aveugle à la suite de l'opération pratiquée d'un seul côté, parce que la vision ne se rétablit pas de ce côté et que l'œil sain fut pris d'accidents graves qui en amenèrent la fonte purulente. » Puis, dans le cours de son travail, Bérard affirme que, dans bon nombre de cas, l'opération sur un œil agit favorablement sur l'autre, où la cataracte s'arrête et rétrograde. Ce fait, du reste, avait été bien vu, et, dès 1827, Maunoury publiait une belle observation de ce genre, que nous ne retrouvons dans aucun des historiques que nous avons lus. D'ailleurs, ajoute Bérard, « si certains phénomènes physiologiques s'accomplissent dans un œil par la seule raison qu'ils se sont produits dans l'autre, si l'iris se contracte d'un côté parce que les rayons lumineux impressionnent la rétine de l'autre œil, si le globe oculaire, que recouvrent les paupières, suit exactement les mouvements de son congénère seul appliqué à la vision, pourquoi certains états pathologiques ne seraient-ils pas soumis à la même influence sympathique ? »

Si les observations que nous avons citées sont passées inaperçues, si Demours, entre autres, qui, à lui seul, rapporte quatre faits très-concluants, ne les a pas classés pour faire de l'ophthalmie réflexe un groupe spécial, cela nous semble tenir aux notions physiologiques du temps. Dès la plus haute antiquité, on parlait du « *consensus oculorum ;* » on n'ignorait pas l'étroite connexion qui relie les yeux l'un à l'autre ; mais on ne savait

pas autre chose ; aussi lorsque survenait une ophthalmie à distance, le chirurgien, satisfait par le mot « sympathie, » ne s'arrêtait pas longuement sur un fait qu'il croyait généralement accepté ; et cette doctrine restait vague et obscure peut-être parce qu'elle était trop connue. Néanmoins, à cette époque l'idée était évidemment mûre, car nous la voyons apparaître un peu partout : nous avons cité Bérard, Barton, Wardrop, Demours ; elle va maintenant être nettement formulée à la fois par Himly et par Mackenzie.

Dès 1843, Himly écrivait : Il existe une ophthalmie sympathique particulière qui, probablement, est causée par une *névrite* propagée. Un coup ou une blessure pénétrante de l'œil, qui a produit dans cet œil une inflammation générale, amène, à la suite de cette inflammation, une affection semblable et délétère de l'autre œil non blessé. Cela arrive parfois alors même que l'œil blessé a été perdu depuis longtemps et qu'il est devenu un moignon cicatriciel. Le pronostic de la maladie sympathique est très-grave, et il devient indispensable de ménager complétement le dernier œil pendant plusieurs mois après la blessure. » N'y a-t-il pas là toute la doctrine de Mackenzie, et que fallait-il de plus au médecin de Glascow pour tracer une histoire de l'ophthalmie sympathique ? Un chapitre séparé, un titre spécial et quelques bonnes observations.

C'est ce qu'il fit, et de Mackenzie date réellement l'étude didactique de cette affection. « Je vais maintenant, nous dit-il, attirer l'attention sur une maladie que mes collègues de l'hôpital et moi désignons ordinairement sous le nom d'iritis sympathique. Cette inflammation s'est généralement montrée, dans toute la force du terme, intraitable entre nos mains ; et, comme elle succède à une lésion traumatique qui a déjà gravement altéré ou détruit l'autre œil, et dont elle est en réalité le résultat, son traitement fait peser une lourde responsabilité sur le médecin.

Toutes les fois que je vois l'ophthalmie sympathique, même à son début, je sais que j'ai à lutter contre une affection qui, quelque légers que soient les symptômes présents, est une des inflammations les plus dangereuses auxquelles l'œil soit exposé. »

Il nous paraît indispensable de donner ici un résumé des opinions de Mackenzie sur l'ophthalmie réflexe. Ce sera pour nous le terme de comparaison ; nous pourrons mieux mesurer les progrès accomplis et assister à l'évolution des théories nouvelles. D'après Mackenzie, la contusion ou la blessure d'un œil peut déterminer l'apparition de troubles dans le congénère ; les plaies pénétrantes et déchirées, les corps étrangers sont les causes les plus efficaces, surtout lorsqu'ils atteignent la rétine et qu'il s'écoule un peu d'humeur vitrée ; au contraire, la lésion isolée de la cornée ou du cristallin ne produirait pas d'accidents à distance. C'est en général cinq semaines environ après le traumatisme, que débuteraient les accidents de l'œil « sympathisé ; » cependant, plusieurs années après la blessure on a pu les voir apparaître. Les symptômes sont ceux d'un iritis qui finit rapidement par l'amaurose et l'atrophie bulbaire. C'est donc une inflammation maligne d'un pronostic très-fâcheux : une seule fois un œil atteint aurait guéri. Enfin, comme pathogénie, l'inflammation de l'œil traumatisé se transmet au congénère, probablement par les nerfs optiques ; mais les vaisseaux et les nerfs ciliaires peuvent aussi jouer un rôle dans cette propagation. Ce qu'il y a de mieux comme traitement, c'est de vider l'œil blessé, comme le font Barton, de Manchester, et Crampton.

Les opinions de Mackenzie furent généralement acceptées, et l'ophthalmie réflexe d'origine traumatique prit droit de cité dans la science. Cette naturalisation fut d'autant plus facile que les accidents à distance étaient déjà connus par quelques auteurs. Une observation

prise par Laugier, en 1843, nous prouve que, dès cette époque, il connaissait cette affection. En 1849, Tavignot publia, dans *la Gazette des hôpitaux*, un important travail, où il développa la plupart des idées du médecin anglais. Mais, il en rectifia quelques-unes : il insista surtout sur les blessures de la zone ciliaire et sur les corps étrangers qui peuvent y pénétrer. D'après lui, ce sont là des plaies bien plus graves que celles de la rétine : elles réagissent en produisant un iritis qui se développe de un à trois mois après l'accident, mais qui est loin de présenter toujours la marche fatale que lui assigne Mackenzie. L'ophthalmie sympathique est une névralgie ciliaire qui produit d'abord une congestion, puis une inflammation de l'iris. Tavignot ne nous donne pas d'indication plus précise sur cette pathogénie; mais n'est-il pas facile d'y voir en germe la théorie du réflexe sur le grand sympathique que Henri Muller développera quelques années plus tard ?

1854 est une date importante dans l'histoire de l'ophthalmie sympathique, et surtout de son traitement, car l'unité de vue était loin d'exister sur ce point capital. Mackenzie parle du procédé de Wardrop, emprunté aux vétérinaires qui détruisent par des caustiques l'œil traumatisé des chevaux. Il accepte la méthode de Barton, de Manchester, qui vide l'œil primitivement atteint. Laugier, dans ses notes à la traduction de Mackenzie, défend aussi ce procédé, qui lui a donné un succès magnifique ; mais Tavignot le repousse et préconise le calomel, qu'il emploie jusqu'à salivation. C'est alors que Prichard propose, comme unique mesure pour protéger l'œil sain, d'extirper l'œil malade, et c'est cette opération que nous pratiquons encore. « Cette série d'observations, nous dit-il en substance, dans laquelle on voit des personnes de tout âge et de tout sexe, qui n'avaient eu qu'un seul œil détruit et chez qui cependant il est survenu tout un cortége d'accidents incurables par l'altération consécutive de l'autre œil, nous

démontre le danger qu'entraîne la blessure du globe oculaire et la nécessité, dans de pareils cas, de ne donner qu'avec beaucoup de réserve son opinion sur le résultat définitif probable. Je crois que le traitement à suivre est l'extirpation de l'œil blessé, aussitôt que l'autre présente des symptômes d'inflammation graves ; mon opinion demande à être confirmée ; mais, quant à moi, je recommanderai vivement l'opération à toute personne qui me consultera en semblable circonstance. »

La même année, R. Taylor élargit le cadre des accidents sympathiques, il étend beaucoup les limites tracées par Mackenzie et par ses continuateurs. Certainement l'ophthalmie à distance est surtout provoquée par un traumatisme ; mais, une affection idiopathique d'un œil peut aussi retentir sur le congénère pour y déterminer des troubles analogues à ceux qu'amènent les contusions et les blessures ; — et il ouvre alors cette grande discussion qui n'est pas encore fermée de nos jours. Il cite des observations d'accidents sympathiques consécutifs à une ophthalmie purulente, à un staphylôme, à des atrophies spontanées. « Ce n'est donc pas toujours à la suite d'une blessure que les troubles sympathiques se développent. Il ne faut s'occuper ni de l'objet vulnérant, ni de sa forme, ni de l'endroit qu'il atteint : la blessure est la cause excitatrice, voilà tout. » Mais pour que l'ophthalmie apparaisse, il faut que l'œil sympathisant soit complétement atrophié. Pour Taylor, du reste, l'opération de Prichard est trop radicale, et l'ablation de la cornée est suffisante : on garde ainsi un moignon admirablement disposé pour la prothèse.

Le traité de Denonvilliers et Gosselin et celui de Desmarre laissent la question en l'état. En 1858, paraît l'excellente thèse de de Brondeau, qui limite systématiquement son sujet à l'étude des affections réflexes d'origine traumatique. Un des premiers avec Donders, il montre que les altérations d'un œil ne réagissent pas tou-

jours sur le congénère en y produisant des lésions matérielles : il peut y avoir de simples troubles fonctionnels qui disparaîtront dans la suite, ou qui, par aggravation progressive (mais en ce point il se sépare de Donders), se transformeront en troubles nutritifs. Il cite plusieurs observations de ces faits qu'il croit les plus nombreux et dans lesquels on constate de la douleur, un affaiblissement de l'acuité visuelle, de l'amblyopie ou du larmoiement. Aussi les accidents sympathiques doivent-ils être séparés en troubles fonctionnels et en altérations matérielles, et cette division a été généralement acceptée. Les notions pathogéniques qu'il défend sont, d'ailleurs, assez pauvres. Il admet, dans un grand nombre de cas, la propagation inflammatoire par le trajet des nerfs optiques, « mais, nous ne pouvons nous persuader, ajoute-t-il, que les accidents ne puissent pas se produire autrement qu'à la suite d'une altération aussi étendue et aussi grave que la névrite des optiques. Nous pensons que, pour certains cas, il faut reconnaître l'existence d'une action sympathique véritable, exercée par l'un des deux yeux sur l'autre, soit par l'intermédiaire des nerfs optiques, soit à l'aide d'autres nerfs oculaires. C'est là tout ce que nous voulions établir, laissant à de plus habiles le soin et l'honneur de débrouiller cette intéressante question de physiologie pathologique. »

Or justement la même année, en 1858, Henri Muller publiait un travail où la question de pathogénie était nettement posée et résolue. Il insistait sur l'importance des nerfs ciliaires dans le développement de l'ophthalmie sympathique et, s'appuyant sur l'examen d'un bulbe oculaire phthisique où le nerf optique était complétement atrophié et transformé en un cordon fibreux, tandis que les nerfs ciliaires avaient conservé en partie leurs caractères normaux, il concluait que ces nerfs doivent jouer le rôle d'organe centripète pour transmettre les excitations à l'encéphale. Ces excitations d'ailleurs se réfléchissent

sur le grand sympathique du côté opposé et produisent dans l'œil sain des accidents semblables à ceux de l'œil atteint primitivement. Il ne niait pas absolument le rôle des nerfs optiques ; il se bornait à le croire très-accessoire. Pagenstecher, en 1862, fut beaucoup plus radical ; il nia résolûment l'action des nerfs optiques. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette théorie ; toujours est-il qu'acceptée dès l'abord, elle est à cette heure généralement admise ; on semble oublier d'ailleurs que Tavignot en est le père, et que, déjà en 1849, il opposait à la névrite optique de Mackenzie sa névralgie ciliaire sympathique.

A partir de cette époque, les travaux se multiplient et nous ne saurions les signaler tous. Les faits principaux sont désormais acquis, les grandes méthodes de traitement proposées, les diverses théories pathogéniques admises. Nous allons voir discuter maintenant les cas particuliers, affirmer ou combattre les opinions anciennes ; les statistiques vont entrer en lice et les uns essaieront de demontrer ce que d'autres avaient peut-être avancé sans preuves. Cependant il est certains travaux d'ensemble qu'il nous faut encore noter, entre autres les nombreux et remarquables mémoires où de Graëfe insiste avec tant de raison sur la sensibilité particulière que présente au toucher la région ciliaire de l'œil traumatisé et de l'œil que l'inflammation sympathique s'apprête à envahir. C'est là un signe capital qui souvent permettra de faire un diagnostic précoce, et, par conséquent, d'intervenir par un traitement plus efficace. En 1866 paraît encore la bonne thèse de Rondeau sur les affections oculaires réflexes. Non-seulement on y trouve un résumé très-net de ce que l'on savait alors, mais l'auteur nous donne de fort nombreuses observations prises, pour la plupart, sous la direction de Follin. Il rapporte les expériences qu'il a tentées, comme Maats et Rosow, et sans aucun succès, pour déterminer des ophthalmies à distance chez les animaux.

Du moins, comme Pagenstecher, il rejette l'influence des nerfs optiques et défend la théorie de Tavignot et d'Henri Muller sur l'action des nerfs ciliaires.

Mais à côté de ces questions d'étiologie et de pathogénie, à côté des problèmes que soulève l'opportunité de tel ou tel traitement, on s'occupe aussi de la symptomatologie de l'ophthalmie sympathique et l'on se demande si cette affection se traduit toujours par les mêmes accidents. Dans un mémoire publié en 1864, excellent à plus d'un titre, Rheindorf indique une nouvelle forme, l'irido-kératite sympathique. Plus tard, M. Galezowski signale la kératite interstitielle reconnaissant la même origine. De Graëfe indique la rétino-choroïdite, vue en même temps par Mooren, Rondeau, Dolbeau, Galezowski; Wecker prouve que ce n'est pas l'iritis, comme le croyait Mackenzie, mais l'irido-cyclite qui est la plus fréquente des formes inflammatoires. Enfin Rondeau et Mooren observent l'atrophie de la papille; de Graëfe, Rondeau et Horner son excavation. L'article que Foucher publie en 1867, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, n'émet aucune idée neuve. Cependant on y trouve une classification nouvelle des diverses formes symptomatologiques que peut revêtir l'affection. Foucher reconnaît six variétés d'accidents réflexes qui, d'un trouble léger dans l'accommodation, arrivent progressivement aux altérations trophiques les plus graves des membranes profondes de l'œil.

Nous devons signaler encore la thèse de Laqueur en 1869, celle de Ledoux en 1871. Le travail de Dransart, qui est de 1873, a le rare mérite d'être clair, critique, et de s'appuyer sur des observations concluantes. Dans une première partie, il nous décrit des lésions papillaires d'origine sympathique, forme particulière non décrite jusqu'alors. C'est le point vraiment original de sa thèse; mais la seconde partie, qui a trait à la pathogénèse, n'en a pas

moins une grande valeur. Dransart accepte la théorie vaso-motrice qu'il appuie sur des faits nouveaux, et qu'il nous faudra discuter avec soin. En 1876, Alt, de New-York, communique à la 5e session du Congrès international d'ophthalmologie un travail sur la neuro-rétinite sympathique. Mais nous devons dire que son mémoire et les discussions auxquelles il donna lieu n'ont qu'une importance médiocre. La plupart des observations en sont très-discutables et ne tendent à prouver que ce que de Graëfe, Pooley et Dransart, s'appuyant sur des faits plus précis, avaient déjà avancé.

Le travail de Rossander, de Stockolm, date de 1876 et son importance est extrême. L'auteur nous dit qu'il n'est point un savant, qu'il a édifié son mémoire d'après 90 observations personnelles. Chez lui la conception des ophthalmies réflexes est des plus larges : Une affection d'un œil, quelle qu'elle soit, peut déterminer dans le congénère des accidents sympathiques de toute forme et de toute nature, depuis de simples troubles fonctionnels jusqu'aux plus vives inflammations. Il décrit avec soin les diverses variétés qu'il admet et nous fournit des tableaux statistiques précieux dans lesquels nous aurons souvent à puiser. Il croit les névroses plus fréquentes que les altérations nutritives, mais s'élève contre l'opinion de Donders d'après laquelle les troubles fonctionnels ne se transformeraient jamais en affections plus graves : « si de tels faits ne se produisent pas sous les yeux des chirurgiens instruits, c'est par la raison bien simple qu'on ne leur laisse pas le temps de se produire : ce serait un fait impardonnable d'agir autrement. »

Mais que sert d'insister sur tous ces travaux isolés? Nous avons maintenant les Congrès ophthalmologiques où toutes les questions relatives aux affections sympathiques sont longuement discutées. C'est vers ces Congrès que convergent tous les mémoires particuliers, qui

s'éclairent par la contradiction. Là sont exposées et discutées les recherches de Mooren, de Rossander, d'Arlt, de de Graëfe, de Schweigger, de Watson, de Critchett, d'Alt, de Meyer, de Knapp, de Mauthner, de Wecker, de Rothmund, de Horner, de Becker et tant d'autres encore. C'est dans ces réunions annuelles, à Heidelberg, à Londres, à New-York, à Bruxelles, à Genève, que les questions les plus importantes sont élucidées. En 1863 et en 1865, l'ophthalmie sympathique y est savamment étudiée à plusieurs reprises; en 1871, en 1873, en 1874, l'étiologie et surtout la thérapeutique, en sont discutées, les indications de l'énucléation curative et préventive sont nettement posées. Au Congrès de Londres, en 1872, des faits très-intéressants sont mis en lumière et nous les trouvons très-nettement exposés dans le remarquable rapport de Warlomont. Il insiste plus que ses devanciers sur la multiplicité des affections qui, de l'œil sympathisant, peuvent se réfléchir sur le sympathisé; et, le premier, il arrive à cette formule absolue, que devait accepter Rossander, et que beaucoup partagent à cette heure : « Une irritation prolongée, quelle que soit la région de l'œil qui la provoque, peut donner lieu au développement d'une forme quelconque de l'ophthalmie sympathique; il n'est pas nécessaire pour cela que le corps ciliaire y prenne part. » Ces conclusions sont reprises à Genève, en 1877, et nous nous servirons, dans le cours de notre travail, du rapport qui va paraître dans quelques jours et dont M. Warlomont a bien voulu nous envoyer les épreuves.

Evidemment, dans cette rapide énumération, nous avons dû laisser de côté bien des recherches importantes, et nous avons donné plus de place aux observations douteuses de Bartholin et de Saint-Yves qu'aux mémoires de Rossander et de de Graëfe. Nous n'avons même pas cité le remarquable travail de Vignaux, qui nous a tant servi pour la rédaction de notre thèse. Mais on ne peut faire utilement

l'histoire des questions qui se débattent encore. Ne devons-nous point retrouver ces travaux à chaque pas? Pourquoi les développer ici, puisque nous devons les exposer plus loin à leur véritable place?

Ce que nous avons essayé de faire pour l'ophthalmie sympathique, qui n'a pas 40 ans d'âge officiel, c'est de raconter sa naissance, ses premières évolutions, de montrer ce qu'elle a d'obscur encore, d'indiquer les points sur lesquels doivent porter spécialement les recherches. Nous savons, dès à présent, que la forme traumatique n'est plus niée et que, du premier coup, Mackenzie en a démontré l'existence; nous savons aussi que Taylor a admis une ophthalmie sympathique d'origine spontanée et que, sur ce point, la discussion a été vive. Néanmoins, l'accord paraît s'être fait, et le débat ne porte plus que sur une question de fréquence. Nous avons vu que la théorie pathogénique d'une action réfléchie des nerfs ciliaires de l'œil traumatisé sur les vaso-moteurs du congénère est aujourd'hui généralement acceptée; que, au point de vue de la symptomatologie, on a multiplié presque à l'infini les formes des accidents à distance; et qu'enfin l'énucléation, comme moyen thérapeutique, a gagné, depuis Prichard, un terrain si considérable qu'on s'efforce aujourd'hui de le circonscrire.

Maintenant que notre point de départ est nettement fixé, nous allons nous aventurer à notre tour sur le vaste champ de l'ophthalmie sympathique.

CHAPITRE II

Étiologie.

Lors de ses premiers travaux, Mackenzie admettait que les affections traumatiques de l'œil peuvent seules déterminer une ophthalmie sympathique. Cette opinion ne compte plus guère de défenseurs et M. Fano en est peut-être l'unique et dernier partisan. Depuis Taylor tous les auteurs reconnaissent l'influence délétère de certaines altérations spontanées de l'œil sur le congénère et la discussion se borne maintenant à une question de plus ou moins grande fréquence. Les statistiques sont d'ailleurs fort variables : dans les 75 observations recueillies par Rheindorf, 55 fois l'ophthalmie réflexe aurait eu pour cause une violence extérieure; les faits rapportés par Alt, de New-York, témoignent dans le même sens et, sur 100 cas, le traumatisme en revendique 83. D'autre part, il y aurait à peu près équilibre entre les deux ordres de causes dans les relevés de Vignaux. Mais nous ne transcrivons pas ces chiffres sans réserve, car, pour dresser un tableau comparatif sérieux, il faudrait savoir reconnaître sûrement les ophthalmies sympathiques de cause spontanée : ce qui est particulièrement difficile, comme nous essaierons de le démontrer dans la suite.

Il est aisé de s'expliquer le silence des premiers observateurs sur les ophthalmies sympathiques d'origine spontanée. La relation de cause à effet s'impose dans les cas traumatiques : une paillette de fer pénètre dans un œil

sain, et provoque une irido-cyclite intense; au bout de six semaines le congénère qui, lui, n'a subi aucune violence est pris tout à coup d'accidents inflammatoires ; la vision est gravement compromise ; mais le chirurgien pratique l'énucléation de l'œil primitivement atteint; aussitôt les douleurs s'apaisent, les accidents du second œil s'amendent et parfois rétrocèdent, disparaissent et ne se remontrent jamais. Dans ce cas, on ne peut s'empêcher de rattacher les désordres du second œil aux altérations du premier. La démonstration est trop rigoureuse, les faits de ce genre trop nombreux pour ne pas frapper les esprits.

Mais en est-il de même pour les ophthalmies sympathiques de cause spontanée? Une diathèse, un mauvais état constitutionnel détermine dans un œil l'apparition d'une irido-choroïdite; la phthisie du globe survient, puis au bout d'un temps souvent fort long, 10 ans, 20 ans, 40 ans même, des troubles fonctionnels ou nutritifs apparaissent, parfois aigus, parfois insidieux, et bientôt l'on voit se dérouler le cortége symptômatique d'une irido-cyclite. Faut-il en accuser le moignon atrophié? Faut-il incriminer la diathèse qui a déjà perdu le premier œil ? C'est ici qu'une analyse minutieuse devient nécessaire ; et il est tel et tel cas où les plus habiles hésitent dans l'indication des responsabilités.

Mais, comme en dehors de ces cas douteux, certaines observations emportent l'évidence absolue; la démonstration des ophthalmies de cause spontanée n'est plus à faire ; et nous devons étudier leur étiologie au même titre que celle des ophthalmies traumatiques. Nous subdiviserons donc notre chapitre : après avoir cherché s'il existe quelque condition générale qui prédispose aux accidents à distance ou qui, du moins, en hâte l'apparition, nous passerons d'abord en revue les causes traumatiques; rapidement, car elles sont depuis longtemps connues. Nous traiterons ensuite des affections idiopathiques de l'œil qui

retentissent sur le congénère ; et comme celles-ci sont moins nettement déterminées, nous en parlerons plus longuement, en étayant, si faire se peut, chacune de nos affirmations sur quelqu'observation concluante.

D'ailleurs, nous le verrons, un lien commun unit ces deux ordres de causes si dissemblables soient-elles en apparence : les unes et les autres agissent sur les nerfs du premier œil, les irritent et les enflamment et c'est par leur intermédiaire que les accidents éclatent dans le second. Aussi, franchissant la cause première — traumatisme ou état constitutionnel — pourrions-nous étudier seulement la cause seconde, c'est-à-dire les troubles irritatifs ou inflammatoires dont l'œil « sympathisant » est le siége. Et dès l'abord nous nous trouvons en présence d'un fait capital : s'il est vrai qu'une lésion d'une membrane quelconque de l'œil peut provoquer l'ophthalmie sympathique il n'en reste pas moins établi que le tractus uvéal possède une susceptibilité spéciale, surtout dans son segment antérieur, et la loi suivante va se dégager de ce chapitre : l'ophthalmie sympathique a, le plus souvent, pour point de départ les altérations de l'iris et des corps ciliaires du premier œil, quelle que soit d'ailleurs la cause de ces altérations.

I

Causes prédisposantes.

Les causes générales des accidents oculaires sympathiques nous sont à peu près inconnues : il est certain que la même lésion locale qui déterminera chez tel individu une ophthalmie réflexe restera sans effet chez tel autre

sans que rien nous puisse expliquer cette immunité. Pour ne citer que la cause la plus efficace, des observations nous montrent des corps étrangers impunément introduits dans la zone ciliaire où ils ont pu s'enkyster sans réagir par quelque trouble inflammatoire profond. Horner et Tavignot ont vu deux cas de ce genre; le directeur d'un de nos grands journaux politiques a depuis plus de deux ans un grain de plomb dans l'œil et n'en conserve pas moins de ce côté une certaine puissance de vision. Enfin, on cite souvent un malade de Pamard, d'Avignon, dans l'œil duquel séjourna plus de 15 ans un corps étranger sans accident pour le congénère.

Dans d'autres cas plus fréquents, et par cela même plus gênants pour la théorie, on voit éclater une irido-cyclite traumatique, sans que cependant l'œil du côté opposé subisse aucune atteinte. M. le professeur Guyon observe en ce moment, dans son service de l'hôpital Necker, une femme dont l'œil droit, perdu depuis de longues années, s'est converti en un moignon douloureux; un phlegmon a envahi ce vestige sans retentissement sur l'œil gauche, où la vue est restée parfaite et où l'on n'a pas eu à noter de trouble nutritif. Les cas de ce genre sont loin d'être rares; nous pourrions en citer plusieurs observations inédites.

Pourquoi cette résistance lorsque chez tel autre malade une simple plaie, la plus légère contusion, provoquent des accidents sympathiques? Il faut évidemment faire intervenir une prédisposition individuelle; mais ce mot est bien vague, et, si nous voulons le préciser par la lecture des observations, nos recherches demeurent vaines. On est réduit à dire, sans plus d'explication, qu'il en est des individus comme de certaines espèces animales : les expérimentateurs ont bien reconnu, par exemple, que la section du nerf trijumeau amène presque toujours, et rapidement, des troubles trophiques dans l'œil du lapin, tandis que chez le chien, cette lésion reste le plus souvent sans effet.

Invoquerons-nous l'âge des malades ? Il ne nous éclaire que bien peu ! L'ophthalmie réflexe apparaît chez l'enfant et chez le vieillard, et si les statistiques nous montrent qu'elle est plus fréquente chez les adultes c'est qu'alors les blessures de l'œil sont plus nombreuses. D'après les tableaux de Vignaux et de Rossander, les accidents sympathiques s'échelonnent à tous les âges, de 10 mois à 76 ans. Sur 90 cas de Vignaux, nous en voyons 11 jusqu'à 15 ans; 29 de 15 à 30 ans; 22 de 30 à 50 ans; enfin 28 après 50 ans. D'autre part, de Brondeau, dans sa thèse de 1858, nous dit que la prédisposition aux accidents sympathiques s'accroît avec l'âge; qu'elle est bien moindre chez les enfants, et que les vieillards surtout en sont facilement atteints. M. Panas partage cette opinion, qui se retrouve dans plusieurs mémoires, et la statistique de Vignaux semble l'appuyer.

Rondeau combat cette affirmation. Ses relevés et ceux de Prichard paraissent démontrer, au contraire, que les affections sympathiques sont plus fréquentes dans l'enfance; Rondeau ajoute même que la marche de l'affection est, chez les enfants, plus rapide et plus grave. Le rôle que joue le sexe est aussi fort obscur. Sur les 90 cas de Vignaux, 31 seulement se rapportent à des femmes, et 59 à des hommes. Mais qui prétendrait pour cela que les hommes y sont plus prédisposés ? Evidemment leur genre de vie, leur métier de forgeron, de mineur, ou de tailleur de pierre, nous rendent un compte suffisant de cette plus grande fréquence. Enfin, l'œil droit n'est pas le siége des accidents plus souvent que l'œil gauche.

Quelques auteurs sont plus explicites au sujet de certaines diathèses : ils prétendent que la scrofule, l'alcoolisme, la misère physiologique, en un mot que toute déchéance de l'organisme est une cause d'ophthalmie sympathique; mais ils se bornent à des affirmations sans preuves. Les observations sont muettes à ce sujet; vice radical, elles ne s'oc-

cupent que de l'affection oculaire, en dehors de toute considération rapprochée ou lointaine ; et tout ce que nous pourrions faire, ce serait de transcrire ici les *impressions* des ophthalmologistes.

Une chose, du moins, nous semble démontrée, c'est que la fatigue exagérée des yeux est une cause d'accident. Dans plusieurs observations, des troubles sympathiques, absents jusqu'alors chez des individus dont un œil est perdu depuis longtemps, surviennent tout à coup à la suite de longues lectures ou de travaux minutieux qui ont nécessité de grands efforts de vision. Mooren, qui a bien étudié ces faits, nous en donne une bonne explication : les efforts d'accommodation de l'œil sain se font aussi dans l'œil malade, grâce à la synergie fonctionnelle, si bien qu'une poussée nouvelle de cyclite est souvent pour le bulbe atrophié la conséquence de ce travail exagéré. Il y a donc deux raisons pour que les accidents sympathiques éclatent : d'une part, l'exacerbation des phénomènes inflammatoires dans l'œil sympathisant ; d'autre part, l'état de congestion et d'extrême fatigue de la région ciliaire de l'œil prêt à être envahi. C'est, sans doute, pour une cause semblable que les myopes sont plus tout spécialement exposés à l'ophthalmie réflexe.

Par tout ceci, l'on voit que le chapitre des causes prédisposantes est encore tout entier à créer.

II

Causes traumatiques.

Nous n'énumérerons pas ici toutes les causes traumatiques qui, en atteignant un œil, peuvent déterminer une affection sympathique dans le congénère. Toutes les violences extérieures, depuis la moindre contusion jusqu'à la rupture et à l'écrasement de l'œil, peuvent provoquer la redoutable complication. Des observations nous la montrent succédant à l'effleurement de la cornée par une petite épine, une barbe d'épi de blé ; à un coup léger sur le globe oculaire ou bien à quelque percussion intense, mais sans déchirure des membranes ; à une boule de neige lancée violemment, à des coups de pierre, à des coups de bâton, à des projectiles de toute sorte. Pendant la guerre de la Sécession, on a relevé 1,190 plaies ou contusions du globe oculaire ayant provoqué 91 fois une ophthalmie à distance.

En général, ces contusions frappent l'œil directement ; mais la « zone dangereuse » dépasse le globe occulaire et ce n'est pas impunément que les branches de l'ophthalmique extérieures à l'orbite peuvent être touchées. On connaît de longue date les troubles qui surviennent dans un œil lors de blessures du nerf sus-orbitraire du même côté, et on en réunirait facilement un certain nombre de cas épars dans les recueils ; mais il y a beaucoup moins de faits où la plaie du frontal a déterminé l'apparition d'une ophthalmie sympathique véritable, c'est-à-dire caractérisée par des accidents de l'œil le plus voisin devenant ensuite le point de départ d'accidents semblables dans le congénère. On en trouve cependant quelques observations fort nettes.

Rondeau nous en donne deux dans sa thèse. Nous avons cru en reconnaître un fait dans Demours, et nous devons à l'obligeante amitié de notre ancien collègue d'internat, le docteur Dransart, de Somain, deux observations de ce genre que nous sommes heureux de signaler ici. Il s'agit, dans le premier cas, d'un mineur de la compagnie d'Anzin qui se fit, il y a dix-huit ans, une plaie de l'arcade sourcilière gauche; la cicatrice resta douloureuse, puis notre homme s'aperçut que sa vue baissait, surtout à gauche. L'œil droit se prit à son tour ; la pression sur la cicatrice augmentait les troubles visuels à tel point que la lecture en était rendue momentanément impossible. Les accidents, en somme, étaient assez légers; se sont-ils aggravés par la suite? Le malade ne s'est point représenté à la consultation. Le second fait, plus grave, concerne également un mineur d'Anzin : la vue de l'œil correspondant à la plaie de l'orbite s'est perdue tout d'abord, et bientôt après celle du congénère; lorsque le malade vint consulter M. Dransart, il n'était plus temps : l'atrophie des deux nerfs optiques était complète.

La contusion peut se faire sur une région très-éloignée de la cavité orbitaire, parfois en un point diamétralement opposé ; des accidents n'en éclatent pas moins dans un œil pour retentir ensuite sur l'autre. Mais il est probable qu'il se produit alors, peut-être par contre-coup, quelque déchirure des membranes profondes, un décollement de la rétine, des hémorrhagies sous la choroïde. Je ne connais pas à ce sujet d'histoire plus intéressante, que celle d'un malade observé par le professeur Courty : un plombier de 28 ans tombe d'un deuxième étage, sur la nuque ; la face et les yeux ne sont pas contusionnés. Le jour même, l'œil droit est pris de cuisson et de larmoiement; il s'injecte, rougit, et des douleurs lancinantes surviennent qui s'opposent au sommeil; la vision se perd complétement, et pour ne plus reparaître. Mais bientôt l'œil gauche est atteint

à son tour, il est douloureux, enflammé, photophobe, et son acuité visuelle baisse graduellement; huit mois se passent et la vue ne s'améliore pas dans l'œil gauche; au contraire, la cornée s'infiltre de plus en plus. M. Courty pratique alors l'énucléation de l'œil droit; aussitôt la douleur cesse, la photophobie disparaît, la vue s'améliore, fort lentement, il est vrai; cependant, au bout de quelques mois, le malade peut compter les doigts à trois mètres.

Des troubles qui se développent sans blessure proprement dite, nous devons rapprocher les accidents réflexes que l'on observe à la suite de certains ectropions. M. Verneuil, en 1874, attire l'attention sur ces faits : sous l'influence de l'exposition continue à l'air, à la lumière, aux divers corps étrangers, la conjonctive et la cornée, mal protégées, s'enflamment, la nutrition est insuffisante et l'œil ne tarde pas à être profondément atteint. Un retentissement sympathique se fait alors dans le congénère. C'est pour ces cas là que M. Verneuil a préconisé l'occlusion permanente des paupières par la blépharorraphie; ce procédé lui a deux fois réussi, et les phénomènes à distance ont rapidement disparu.

Signalons deux observations très-importantes dues à Cohn, de Breslau; elles démontrent que certaines lésions de la choroïde et de la rétine peuvent à elles seules, et sans irido-cyclite concomittante ou consécutive, déterminer des troubles sympathiques. Pendant la guerre franco-allemande, un soldat fut frappé d'une balle qui contusionna l'œil gauche, la vision disparut complétement. L'amaurose était absolue. L'examen ophthalmoscopique montra, dans le fond de l'œil, un exsudat considérable; les milieux étaient transparents, il n'y avait ni cyclite, ni iritis, ni irido-cyclite; par conséquent aucune des causes habituelles de l'ophthalmie réflexe. Les troubles fonctionnels apparurent pourtant, l'acuité visuelle baissa

peu à peu. Cohn, effrayé, pratiqua l'énucléation de l'œil amaurotique, que Valdeyer examina. Il fut constaté — comme du reste on l'avait vu à l'ophthalmoscope — qu'il n'y avait pas eu d'inflammation dans les corps ciliaires et que tout se bornait à une chorio-rétinite. La deuxième observation n'est pas moins démonstrative : un soldat allemand a l'œil contusionné au combat du Bourget, et cet œil devient amaurotique. Puis des troubles sympathiques se déclarent dans le congénère ; l'œil blessé est extirpé et Valdeyer ne voit aucun vestige de troubles inflammatoires dans l'iris ou les corps ciliaires ; il ne trouve qu'une rétraction et qu'une atrophie des éléments nerveux de la tache jaune. Les membranes du segment postérieur de l'œil peuvent donc jouer un rôle dans la production des phénomènes sympathiques.

Reconnaissons-le, cependant. Les blessures de l'œil ont surtout le triste privilége de provoquer l'ophthalmie sympathique. Encore n'agissent-elles pas toutes avec la même intensité. On peut dresser des catégories : lorsque la plaie est simple, nette, qu'elle porte sur la cornée seulement, il est certain qu'aucun accident immédiat ou lointain n'est à redouter dans l'autre œil, et je ne pense pas que la science possède un seul cas d'ophthalmie réflexe développée dans de semblables conditions. Il n'en sera pas de même si la capsule cristallinienne est ouverte et si des fragments de la lentille font hernie au travers de la plaie, ou bien encore si l'iris vient s'enclaver dans la cornée. Dans sa thèse remarquable de 1873, M. Dransart en donne deux cas des plus nets, et d'ailleurs tous les ophthalmologistes s'accordent à reconnaître la gravité de cet accident ; Mooren le classe parmi les plus redoutables, car un tiraillement continu s'exerce sur le corps ciliaire et les nerfs qu'il contient ; or, pour lui, « le danger grandit en proportion directe de la traction que l'iris incarcéré dans la cornée exerce sur le corps ciliaire. » C'est surtout dans ces faits d'encla-

vement ou d'adhérences multiples que l'influence de l'atropine est pernicieuse : elle exagère encore la tension, déjà trop grande, des synéchies iriennes. Mais, de toutes les plaies, les plus fâcheuses sont certainement celles qui intéressent les corps ciliaires eux-mêmes. Dès 1849, Tavignot insistait sur ce point, que les travaux modernes ont mis hors de doute. Là réside le véritable danger ; la susceptibilité des corps ciliaires est excessive, certains oculistes prétendent même qu'une blessure de cette région détermine tôt ou tard une atrophie du bulbe oculaire.

Les plaies chirurgicales ne sont pas non plus à l'abri des accidents sympathiques : en 1874, au Congrès d'Heidelberg, on en a signalé 4 ou 5 observations dans des cas d'iridectomie ; Mooren insiste notamment sur la gravité particulière que prend cette opération lorsqu'elle est pratiquée sur un œil enflammé. Dans trois cas, dont un lui est personnel, il vit se développer une irido-cyclite sympathique, terminée par une amaurose, à la suite d'une iridectomie faite pour combattre les accidents d'iritis et d'irido-choroïdite. Aussi proscrit-il toute intervention opératoire tant que l'inflammation est encore à son point culminant. L'iridodisis n'est pas non plus sans danger, et cette pratique, d'ailleurs irrationnelle, compte déjà quelques cas malheureux constatés par Steffan. A. Grœfe et d'autres observateurs encore.

Mais ce sont surtout les diverses opérations qu'exige le traitement de la cataracte qui ont occasionné de nombreux désastres. L'abaissement, maintenant délaissé, était surtout déplorable, et, dans une statistique de Mooren, presque partout citée, sur 20 cas d'ophthalmie sympathique, 9 avaient ce procédé pour cause ; une seconde série, portant sur 52 faits, est moins funeste, bien que l'ophthalmie réflexe y soit notée 7 fois. Lorsque la lentille se déplace en arrière et flotte dans le corps vitré, on n'observe pas d'accidents ; mais pour peu qu'elle se dirige en avant,

dans la chambre antérieure, elle presse sur les crêtes ciliaires, irrite les nerfs de la région, provoque souvent de violentes névralgies, et les troubles sympathiques ne tardent pas à paraître. La méthode nouvelle, c'est-à-dire l'extraction, ne met pas complétement à l'abri : le procédé à lambeaux n'a guère à son passif que 5 ou 6 cas mentionnés par Alt, Klein et Jackobson. L'extraction linéaire est évidemment plus chargée, et dans la discussion du Congrès d'Heidelberg, on a signalé une douzaine de cas d'ophthalmie sympathique. Or, à ces faits malheureux, « il faut ajouter encore deux observations d'Hirschberg, deux de Norris et une dernière, rapportée par le docteur Pomeroy. » .

Les auteurs, préoccupés de cette grave complication, en ont recherché les causes pour les éviter à l'avenir ; ils ont cru les trouver dans l'enclavement de l'iris, celui de la capsule, la rétraction de la cicatrice et le tiraillement qu'elle exerce sur la membrane irienne ou sur les corps ciliaires.

La blessure est bien plus grave encore, et son action plus funeste quand elle se complique de la présence de corps étrangers. Si l'on parcourt les premières observations, celles de Mackenzie, de Watson, de Prichard, ces traumatismes sont notés plus fréquemment que les autres : des fragments de capsule, des paillettes de fer ou d'acier, des éclats de pierre, des parcelles de verre, des échardes, des grains de plomb, traversent les membranes de l'œil, se logent dans le cristallin, l'iris, la zone ciliaire, la rétine, le corps vitré lui-même, et y provoquent une inflammation d'intensité variable. Il est vrai que ce corps étranger s'enkyste parfois ; on l'a vu sommeiller sans provoquer aucune réaction ; mais ces cas sont rares, on doit toujours redouter quelque poussée aiguë, et souvent une ophthalmie survient tout à coup, qui n'a d'autre cause qu'un corps étranger depuis longtemps oublié.

A côté de ces traumatismes, nous étudierons une cause trop longtemps laissée dans l'ombre, et dont cependant on trouve çà et là quelques exemples remarquables : nous voulons parler de l'influence pernicieuse de l'œil artificiel dans les cas de prothèse mal faite. Plusieurs cas sont possibles : le moignon existe encore et la coque artificielle peut déterminer, par des pressions répétées, quelques poussées aiguës ; ou bien l'énucléation a été pratiquée, l'œil de verre a été placé trop tôt ou mal mis ; il n'est pas rare alors de voir survenir des douleurs intenses dans la cavité orbitaire et tout le cortége des accidents sympathiques dans l'œil du côté opposé. Nous pourrions citer, entre autres, une observation de Lawson, que nous trouvons dans les *Annales d'oculistique*. Il s'agit d'un homme dont l'œil droit est atrophié et ramolli à la suite d'une inflammation aiguë ; au bout de cinq ans, on applique un œil artificiel, mais des poussées inflammatoires se font dans le moignon et ne s'apaisent que par l'enlèvement de la coque artificielle. Pendant une de ces récidives, l'œil gauche est pris d'ophthalmie sympathique; le moignon est alors énucléé, ce qui amène dans l'œil gauche une amélioration rapide.

M. Galezowski nous a communiqué plusieurs observations de ce genre. Nous n'en citerons qu'une, celle d'une femme qui depuis quinze ans souffrait d'un iritis à droite avec névralgie péri-orbitaire très-intense. Il y a cinq ans, M. Giraud-Teulon pratiqua l'énucléation de cet œil, et quelques mois après on posa un œil artificiel qui fut gardé jusqu'en mars dernier. A ce moment, la malade se présente à la clinique de M. Galezowski et l'on constate un iritis gauche qu'on ne peut attribuer ni à des troubles menstruels ni à une cause spécifique ou rhumatismale. La cavité du côté énucléé est rouge et tuméfiée. On enlève l'œil artificiel, on fait des instillations astringentes : trois semaines après il y avait une amé-

lioration très-notable; six semaines après, la guérison était complète.

On observe surtout l'ophthalmie sympathique lorsque le moignon qui sert de support à la coque artificielle renferme encore la capsule cristallinienne ou quelque dépôt crétacé. M. Desmarres, qui n'a jamais vu d'accidents survenir quand l'énucléation a été pratiquée, a observé un fait où des troubles survinrent dans le bulbe atrophié; mais l'extirpation démontra qu'il existait une calcification des membranes profondes ; or, on peut faire remonter la responsabilité des accidents à ces dépôts aussi bien qu'à l'œil artificiel. Néanmoins, de ces cas ressortent des indications prophylactiques importantes : pour peu que le moignon soit irritable, on ne doit pas appliquer la coque de verre ; il faut, au préalable, extirper le bulbe atrophié, et d'autre part, ne tenter la prothèse que lorsque toute inflammation a cessé ; quand le malade supporte mal l'œil artificiel, qu'on y renonce de peur d'accidents sympathiques ! Serait-ce là trop de prudence. Non, car si le malade perdait son œil, il ne serait plus borgne, mais aveugle !

Dans ses recherches anatomiques sur les moignons énucléés pour cause d'ophthalmie réflexe, Alt a reconnu que 62 fois sur 100 le globe oculaire présente au niveau de la membrane fibreuse des cicatrices dures et rigides qui étranglent une portion du tractus uvéal et ne doivent pas être sans influence sur le développement des accidents à distance. Nous pouvons rapprocher cette remarque intéressante d'une observation singulière de Rossander : un de ses clients avait sur la paupière inférieure une petite tumeur de nature sarcomateuse qu'extirpa de Grœfe : la récidive fut rapide et le néoplasme envahit la conjonctive en formant au devant du globe une sorte de cuirasse fort résistante. Rossander proposa l'énucléation ; elle fut refusée. Le malade ne voulait pas sacrifier un œil dont les fonc-

tions n'étaient pas compromises. Le chirurgien fit donc une sorte de décortication et enleva les paupières et la conjonctive bulbaire ; l'œil n'étant plus protégé, il fut bientôt immobile, et comme enchâssé au milieu d'un tissu cicatriciel qui l'étreignait avec force. Des douleurs ciliaires survinrent de ce côté, puis des troubles fonctionnels dans l'autre œil. L'énucléation fut alors pratiquée ; il n'y eut pas de récidive du sarcôme ; les accidents à distance s'arrêtèrent, mais la vue ne recouvra pas son acuité primitive.

Nous pourrions allonger cette nomenclature des causes traumatiques, citer l'observation bizarre de Lebrun, qui vit survenir une ophthalmie sympathique à la suite d'une piqûre de sangsue ; celle de Foucher, qui a trait à des brides cicatricielles consécutives à la cautérisation d'une pustule maligne ; toutes les brûlures de l'œil, la désorganisation de ses membranes externes par des liquides caustiques, l'acide sulfurique par exemple. Mais cette énumération serait stérile. Ce qui nous importe, c'est la blessure, et non pas sa cause. Encore la blessure n'agit-elle que de seconde main, pour ainsi dire ; elle n'est dangereuse que par l'inflammation qu'elle provoque et c'est l'inflammation qui agit ; elle irrite et désorganise les tissus, gagne les nerfs de la région blessée et retentit par eux jusque dans le congénère.

Les auteurs ont tort d'insister si peu sur ce point, et s'il est vrai que la plupart sous-entendent l'existence de cette inflammation, quelques-uns semblent croire que les corps étrangers compliquant certaines plaies déterminent par eux-mêmes l'excitation nerveuse, sans avoir l'inflammation pour intermédiaire obligé. Taylor, un des premiers, a bien éclairé ce point ; les observations nous démontrent le plus souvent l'existence nette d'une irido-cyclite ; si parfois les symptômes réactionnels sont presque nuls, si le corps étranger s'enkyste, s'il sommeille de longues années

sans révéler son existence, dans ces cas, il n'y a point de phénomènes sympathiques. Ils pourront survenir, mais seulement quand le corps étranger, comme ces vieux séquestres oubliés, détermine tout à coup des phénomènes inflammatoires démontrés par les douleurs ciliaires de « l'œil sympathisant. » Ce sont même ces aggressions probables d'un ennemi toujours présent, qui donnent tant de gravité à la présence d'un corps étranger dans le globe oculaire.

En tous cas, si dans de rares exemples, l'inflammation des membranes de l'œil fait défaut, si l'on ne peut trouver comme cause des accidents à distance qu'un tiraillement, une traction exagérée, une excitation anormale de quelques filets ciliaires, ou ces graves névralgies que Mooren a si bien décrites sous le nom de pseudo-cyclites, et dont il nous donne deux belles observations, nous pensons, pour notre part, à l'encontre de Ledoux, qu'il existe le plus souvent des phénomènes inflammatoires. latents parce qu'ils sont localisés dans le nerf, et nous avons alors affaire à une névrite des fibrilles irritées. D'ailleurs, cette gravité dépend, nous l'avons déjà vu, de la région blessée. Pour Mackenzie, les plaies de la rétine sont les plus dangereuses et l'inflammation débute toujours par cette membrane pour gagner successivement les autres parties de l'œil. Alt, de New-York, semble revenir à cette conception : il a pratiqué l'autopsie d'un très-grand nombre d'yeux extirpés ; 79 fois sur 100, il aurait rencontré des altérations de la rétine et du nerf optique, et dans 58 cas, la membrane nerveuse était décollée. D'autre part, les lésions des nerfs ciliaires n'existeraient que 16 fois sur 100. Aussi, l'auteur conclut-il que le nerf optique joue un rôle fort important dans la transmission des accidents d'un œil à l'autre. Nous verrons ce qu'il faut en penser dans un prochain chapitre. Mais, tout en croyant fermement que l'irritation délétère

peut avoir pour point de départ toutes les régions de l'œil et, en particulier, le segment postérieur, il nous semble qu'un fait domine souverainement l'étiologie des affections sympathiques : c'est qu'une cause est d'autant plus active qu'elle s'attaque plus directement au corps ciliaire. « Chaque jour, nous dit Mooren, nous avons l'occasion de vérifier l'*infaillibilité de cet aphorisme.* » Le corps ciliaire blessé s'enflamme, et c'est le plus souvent, par l'intermédiaire de cette inflammation que se développent des accidents à distance. Or, comme l'irido-cyclite traumatique ne diffère pas essentiellement de la spontanée, nous pouvons déjà prévoir cette notion, qu'ignorait Mackenzie, que Taylor a démontrée : il peut y avoir autre chose qu'un traumatisme à la base d'une ophthalmie sympathique ; dans certains cas, une maladie spontanée la provoque.

III

Causes spontanées.

Les ophthalmies sympathiques consécutives aux affections spontanées de l'œil n'ont pris droit de domicile dans la science qu'après de vives contestations ; s'il n'est plus d'auteur pour en nier l'existence, quelques-uns semblent ne les accepter qu'avec d'extrêmes réserves ; ils concluent avec Laqueur que « en étudiant les troubles à distance, on fera bien de s'en tenir surtout aux cas traumatiques, comme aux seuls dans lesquels la nature sympathique ne peut être révoquée en doute. » Cet aveu est d'autant plus précieux qu'il émane d'un homme qui, l'un des premiers en France, a fait connaître les opinions émises en Angle-

terre, et dès 1854 par Taylor, sur les ophthalmies sympathiques d'origine spontanée. Le professeur Schweigger partage la même opinion et, sans les rejeter absolument, il hésite et réclame un faisceau de preuves plus solide.

Ici, le doute est légitime : bien que notre opinion soit très-ferme et qu'avec la plupart des auteurs contemporains nous croyions aux troubles consécutifs, aux affections idiopathiques de l'œil, il faut reconnaître franchement que le plus souvent il est difficile d'en donner une démonstration rigoureuse. Cependant, il est des observations fort bien prises qui laissent, nous semble-t-il, peu de place à l'hésitation. Une irido-choroïdite survient, dans un œil sain jusque-là, chez un individu dont l'autre œil est malade ou atrophié depuis longtemps ; cette irido-choroïdite coïncide avec des irradiations douloureuses dans l'œil présumé sympathisant ; l'extirpation de cet œil fait disparaître tous les troubles du congénère ; enfin les recherches les plus scrupuleuses ne permettent pas de constater l'existence d'une cause constitutionnelle ou locale. N'y a-t-il pas dans cet enchaînement des faits une très-forte présomption ?

Mais il y a des cas bien plus probants encore : un sarcôme de la choroïde naît dans un œil, il gagne les parties antérieures et vient presser sur le corps ciliaire ; à ce moment éclatent parfois des symptômes graves dans l'autre œil, qui devient douloureux ; la vue se trouble, l'iris s'injecte, des synéchies se forment, un cercle périkératique apparaît, et l'on a tous les signes d'une iridocyclite plastique ou séreuse. Ce n'est point un autre sarcôme qui se développe dans cet œil, mais bien une inflammation à distance. Quel esprit rebelle osera raisonnablement refuser à ce processus le nom d'ophthalmie sympathique spontanée ?

Il n'est guère d'affection de l'œil qui ne puisse provoquer l'apparition de troubles fonctionnels ou nutritifs dans

son congénère. Nous allons en fournir des exemples ; mais nous serons plus sévères que Mackenzie qui, lui, ne reconnaissait cependant que les ophthalmies de cause traumatique. Il n'en range pas moins parmi les affections sympathiques le cas d'une petite fille affectée de trichiasis, d'épaississement et d'opacité de la cornée, et qui, au bout de quelques années, vit tout à coup survenir dans l'autre œil des opacités, de l'épaississement et du trichiasis !

Les affections inflammatoires chroniques, les vieilles irido-choroïdites et les synéchies consécutives, les atrophies spontanées, les staphylômes et les leucômes adhérents, les tumeurs de la choroïde, le glaucôme et les hydrophthalmies, les décollements rétiniens sont les causes le plus souvent invoquées. Mais tandis que dans les tableaux de Rossander et de Vignaux, portant l'un et l'autre sur 90 cas, le glaucôme, l'hydrophthalmie et le décollement rétinien n'entrent chacun que pour quatre ou cinq cas dans le total général, le staphylôme, les synéchies antérieures et postérieures, l'atrophie spontanée et l'irido-choroïdite se comptent au moins par vingtaines. Ces dernières affections n'intéressent-elles pas principalement le corps ciliaire qu'elles irritent et qu'elles compriment?

Les troubles sympathiques consécutifs à des irido-choroïdites spontanées ne sont pas rares et cependant il nous serait difficile d'en donner beaucoup d'observations absolument probantes. Les nombreux exemples que fournit la thèse de Vignaux n'ont pas tous la même valeur. Nous y prendrons pourtant l'histoire d'un laboureur de Saint-Maurice qui, en 1874, entra dans le service de M. le professeur Gayet. Il avait été, six ans auparavant, atteint d'une irido-choroïdite aiguë de l'œil droit, dont la vision se perdit complétement en un mois. Peu à peu d'ailleurs les douleurs s'apaisèrent ; pendant quatre ans consécutifs, elles ne reparurent pas et cet œil aveugle jouissait d'un calme absolu. Mais au bout de ce temps il fut pris

d'une sensibilité spéciale, de douleurs irrégulières, tantôt dans le globe, tantôt dans la région sus-orbitaire. Puis l'œil gauche, absolument indemne jusque-là, devint photophobe, larmoyant, plus sensible à la pression et douloureux par intervalle ; la tension du globe fut légèrement augmentée, la conjonctive hypérémiée, la pupille irrégulière et adhérente. L'œil droit, celui qui a été primitivement atteint, était mou, atrophié, tout à fait désorganisé, douloureux ; la vision y était nulle, aussi l'énucléation fut-elle pratiquée ; les douleurs du côté droit disparurent ; aussitôt celles du côté gauche diminuèrent ; un mois après l'opération, le malade sortait avec quelques douleurs encore, mais au bout de deux ans, époque où il donna de ses nouvelles, il ne souffrait plus du tout et il voyait assez pour lire et enfiler une aiguille. Cette observation nous semble concluante ; elle suffit, sans autre exemple, à démontrer que les irido-choroïdites spontanées peuvent déterminer l'apparition de troubles sympathiques.

Ces faits, du reste, nous paraissent étroitement unis aux cas d'atrophie spontanée, de synéchies ou de leucôme adhérent. Le staphylôme surtout, les ectasies de l'iris et du corps ciliaire ont une influence des plus nettes, à cause de ces tractions redoutables des filets nerveux, déjà signalées à propos des enclavements dans une plaie cornéenne. Les cas en sont fréquents : Mooren nous en cite un remarquable : il s'agit d'un « pauvre ouvrier au feu » qui se fit une brûlure sans lésions intérieures de l'œil ; elle eut pour résultat une adhérence de la cornée et d'une partie de la sclérotique avec les paupières. Le malade ne pouvait faire aucun mouvement de l'œil sain sans que le symblépharon ne produisît des tiraillements sur le globe du second œil. De là des névralgies excessives et le développement croissant de l'ectasie de l'œil malade. Une irritation sympathique nerveuse ne tarda pas à survenir et l'énucléation seule mit un terme à ces accidents.

Les inflammations débutent le plus souvent dans le segment antérieur des membranes de l'œil, surtout dans l'iris et le corps ciliaire ; mais, au lieu de s'y cantonner, elles dépassent leurs limites primitives et provoquent les troubles de la cornée, l'apparition de fausses membranes pupillaires, les adhérences, les synéchies partielles ou totales ; ces altérations deviennent elles-mêmes une cause permanente d'irritation ; aussi les lésions nutritives sont-elles bientôt à leur comble, le segment postérieur ne tarde pas à être envahi, la rétine s'enflamme ou se décolle ; le corps vitré se trouble ; des hémorrhagies se font au milieu des tissus ; des symptômes glaucomateux apparaissent ; puis on entre dans la période de régression ; le globe oculaire s'atrophie et devient un moignon parfois indolore, mais où siégent parfois aussi des douleurs spontanées ou réveillées par la pression.

L'existence de ce moignon n'est pas sans danger : Rossander cite onze cas et Vignaux neuf, dans lesquels ce globe atrophié devint le point de départ de troubles sympathiques. Mais ces observations ne sont pas toutes concluantes ; il en est même plus d'une à laquelle sa brièveté ou sa concision malheureuse enlève toute espèce d'autorité : en les lisant, on se pose toujours l'éternelle question : « qui nous prouve qu'il n'y a pas là un simple réveil de diathèse ? » La cause constitutionnelle qui, une première fois, a provoqué l'inflammation d'un œil, peut bien déterminer une seconde fois les phénomènes dans l'autre ? Quel besoin est-il donc d'invoquer la sympathie ?

Certains exemples, cependant, échappent en partie à ces reproches et nous semblent établir, définitivement, l'existence des ophthalmies réflexes consécutives aux atrophies, aux staphylômes ou aux leucômes adhérents. Ces altérations profondes de l'œil ont souvent pour cause l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, et surtout les kératites scrofuleuses de l'enfance. Mais on peut guérir

de sa diathèse, devenir vigoureux et sain ; alors, si des accidents éclatent dans l'œil indemne, on pourra, dans certains cas, conclure à une affection sympathique. Vignaux, entre autres, nous cite une observation où la relation de cause à effet entre les lésions du premier œil et les accidents du second ne nous semble pas contestable. La voici :

Une ménagère de Saint-Jean-de-Mouzols, âgée de 49 ans, a l'œil droit totalement perdu ; depuis 22 ans il est atrophié et staphylomateux, mais absolument indolore. Tout à coup des douleurs apparaissent dans le bulbe droit atrophié ; elles gagnent l'œil gauche qui, sain jusqu'alors, présente bientôt de l'injection péri-kératique et des adhérences iriennes à la partie supéro-interne. M. Gayet pratique l'énucléation de l'œil droit pour couper court aux accidents du congénère. L'opération, au début, semble devoir être malheureuse, il survient des douleurs excessives et un phlegmon de l'orbite ; malgré cela, guérison rapide ; les douleurs diminuent dans l'œil sympathisé, l'acuité visuelle s'accroît et la malade peut se conduire facilement. Deux ans et demi après l'opération cet état est resté stationnaire, l'acuité visuelle n'a pas baissé et l'on ne constate sur l'œil gauche aucune sensibilité à la pression.

Il manque bien peu de chose à cette observation pour nous paraître inattaquable ; l'auteur aurait dû seulement ajouter qu'un examen sérieux, qu'un interrogatoire attentif, lui permettaient d'affirmer qu'aucune cause locale ou diathésique ne pouvait expliquer l'apparition des phénomènes inflammatoires de l'œil gauche. Mais avec des observateurs tels que MM. Gayet et Vignaux, nous devons conclure de cette absence d'indication à l'absence de ces causes, car ils les ont certainement recherchées. Cette lacune est regrettable, et malheureusement nous la retrouvons dans une série d'observations aussi remarquables que celle que nous venons de transcrire. Mais, du

moins, le traumatisme joue parfois un rôle dans l'apparition des accidents sympathiques provoqués par ces bulbes oculaires spontanément atrophiés; on cite des observations nombreuses où le moignon est indolore et sans retentissement sur l'autre œil lorsqu'une blessure, plus ou moins violente, vient tout à coup l'enflammer; puis, au bout d'un temps variable, l'ophthalmie à distance se développe.

Les atrophies du globe oculaire s'accompagnent souvent d'altérations profondes, caractérisées par une ossification de la choroïde. Ces faits sont connus depuis longtemps. Follin, entr'autres, les avait mentionnés et avait reconnu dans ces ostéômes la présence de véritables ostéoplastes; mais c'est Abadie et Dransart qui ont surtout insisté sur leur fréquence et sur les dangers qu'ils font courir à l'autre œil. Sans doute, la coque osseuse comprime les nerfs ciliaires qui cheminent entre elle et la sclérotique, et provoquent ainsi des troubles à distance. N'agit-elle pas alors comme un véritable corps étranger, ou comme ces vieilles cataractes arides et pierreuses dont on a signalé la fatale influence, ou comme les cicatrices rigides qui, d'après Alt, se rencontrent 95 fois sur 100 dans les ophthalmies traumatiques, ou bien encore comme ces petits nodules durs, ces névrômes fusiformes des nerfs ciliaires dont M. Bader a signalé un cas ? D'autant que ces tumeurs osseuses sont irrégulières et mobiles, et que leur déplacement irrite les filets nerveux environnants. Du moins elles peuvent se reconnaître et l'extirpation du moignon calcifié prévient l'ophthalmie sympathique qui, sans cette opération, a de grandes chances de survenir. Toutes les fois qu'un bulbe atrophié est douloureux, spontanément ou à la pression, et qu'il est dur, il faut craindre l'existence d'une coque osseuse. La résistance particulière que présente le moignon est évidemment le signe pathognomonique; dès qu'on la constate, l'opération, par cela seul, est positivement indiquée.

D'autres affections chroniques de l'œil résultant de quelques troubles nutritifs profonds, peuvent encore provoquer des accidents sympathiques : nous avons déjà cité l'hydrophthalmie et le glaucôme. Rheindorf, Laqueur et Ledoux n'admettent pas cette cause faute de faits positifs ; sur leurs 180 cas, Rossander et Vignaux en attribuent, au contraire, 14 à cette cause ; mais cette démonstration étiologique n'est pas chose facile pour plusieurs raisons : d'abord les observations sont rares et les causes de doute et d'erreurs plus nombreuses ici que partout ailleurs. Parmi les observations que nous avons lues dans les recueils, plusieurs ont trait à des formes symptomatiques discutables ou même résolûment niées ; de façon qu'il faudrait démontrer à la fois la réalité du point de départ et celle du point d'arrivée. Ce n'est pas tout encore : ici plus peut-être que dans les autres affections oculaires, la cause première a la plus grande tendance à retentir sur les deux yeux : aussi n'a-t-on que faire de la sympathie pour expliquer les accidents qui envahissent le second œil comme ils ont atteint le premier et pour les mêmes raisons. Enfin, dans plusieurs cas, l'énucléation n'a pas empêché la vision de se perdre, et nous ne pouvons plus recourir à l'argument de l'efficacité du traitement, argument d'ailleurs si fragile, quand il n'est pas accompagné d'autres preuves. C'est dire que notre réserve doit être extrême, aussi ne nous prononcerons-nous point sur cette forme étiologique.

Si l'influence du glaucôme et de l'hydrophthalmie dans l'apparition des accidents sympathiques n'est pas assise sur des bases inébranlables, il n'en est pas de même des tumeurs du globe oculaire. Pagenstecher, Berlin et Mooren, W. Cooper, d'autres encore, ont rapporté des observations de sarcôme de la choroïde ayant déterminé des ophthalmies à distance. Certes, les cas en sont rares, mais ici toute observation porte, la plupart des causes

d'erreur ayant disparu. Ce n'est point, en effet, une même diathèse, un état constitutionnel qui provoque des troubles dans les deux yeux ; car pour cela il faudrait une double tumeur, dont le diagnostic serait facile. Toutes les fois donc que, dans le cas de tumeur oculaire, au bout d'un temps plus ou moins long, il surviendra une ophthalmie dans l'œil primitivement sain, on pourra sans crainte invoquer la sympathie, si quelque cause locale ou générale bien déterminée n'explique pas le développement de cette affection.

Des observations très-bien prises nous montrent un sarcôme qui naît dans la choroïde ; il grossit, comprime le corps ciliaire, de vives douleurs se déclarent, puis tout à coup l'autre œil se prend et présente le plus souvent tous les signes d'une irido-cyclite. L'énucléation de l'œil sarcomateux arrête parfois les douleurs, mais cette preuve peut manquer, sans ébranler le diagnostic ; nous n'en douterons pas plus que nous ne doutons d'une ophthalmie sympathique de cause traumatique, lorsque l'extirpation de l'œil reste sans effet. Des sarcômes de la choroïde nous rapprochons les cysticerques de l'œil. Trois observations ont été signalées où ces parasites avaient déterminé une irido-cyclite ; le premier de ces cas est dû à Colberg ; le deuxième est dû à de Graëfe, et le troisième à Jackobson. M. Landolt nous a dit avoir extirpé un œil où logeait un cysticerque lorsque déjà avaient apparu quelques symptômes inquiétant d'ophthalmie réflexe. Enfin, nous ajouterons que Noyes et Jeffries ont rapporté chacun un cas d'herpès zoster qui avait provoqué des accidents semblables.

A la fin de ce long chapitre, cherchons à nous rendre compte du chemin parcouru. Un fait indiscutable, accepté par tous les auteurs, c'est que l'ophthalmie sympathique,

celle qui succède à un traumatisme, ne saurait être niée. Toutes les contusions et toutes les plaies peuvent la provoquer, mais d'une manière indirecte, par l'intermédiaire d'une inflammation des membranes profondes de l'œil. De ces plaies et de ces contusions, celles qui portent sur le corps ciliaire sont de beaucoup les plus efficaces, et c'est après les blessures de cette région qu'il faut surtout redouter les troubles sympathiques. Nous avons vu cependant que tous les tissus, que tous les milieux d'un œil peuvent réagir au point de déterminer des accidents dans le congénère ; d'ailleurs, quel que soit son point de départ, l'inflammation se propage et gagne les parties dont l'irritation est la plus dangereuse.

Mais si le traumatisme n'a pas une influence directe, s'il se borne à provoquer l'inflammation qui, elle, retentira sur l'œil sain, pourquoi ne pas admettre que l'inflammation spontanée peut aussi provoquer l'apparition de troubles sympathiques. Cette question était fatale, et dès 1854 Taylor y répondait par l'affirmative. L'observation ultérieure lui a donné raison, et aujourd'hui bien peu d'auteurs nient l'existence de l'ophthalmie sympathique spontanée. Mais si cette existence est indiscutable, il nous semble qu'on en exagère singulièrement la fréquence, et qu'on publie sous ce titre bien des cas d'affections oculaires qui ne sont rien moins que sympathiques. Evidemment, il faut réagir contre cette tendance, puisque toute erreur est pernicieuse. Cependant nous ne croyons pas au danger et s'il est vrai, comme nous l'examinerons longuement, que l'énucléation est une opération « innocente, » que risquons-nous si nous observons fermement la règle de n'enlever un œil que lorsque toute trace de vision en a complétement disparu.

Dans un excellent travail, publié il y a quelques jours à peine dans la *Clinique hebdomadaire de Berlin*, le professeur Schweigger dit en propres termes : « L'ophthalmie

réflexe est un terrain qu'on a retourné avec plus de zèle que de succès; durant ces 25 dernières années, d'innombrables yeux ont été sacrifiés à la doctrine des troubles sympathiques de la vision. » Cela peut être vrai en Allemagne, mais en France il n'y a point péril en la demeure, et, d'après nous, la doctrine opposée, celle qui consiste à restreindre le champ de l'ophthalmie sympathique, offre de graves dangers. Tant que nous resterons dans les limites étroites sagement tracées dans les Congrès de Londres et de Genève, nous risquons tout au plus d'enlever sans besoin immédiat un inutile moignon. Mais si la doctrine de Taylor est exacte, si ce moignon est une menace incessante, s'il peut devenir la cause de troubles inflammatoires dans l'autre œil, quelles fatales conséquences n'aurait pas l'abstention ! Ceux qui nieront l'influence sympathique n'appliqueront pas le seul remède que nous ayons à cette heure, l'énucléation, et peut-être « un œil de plus sera sacrifié à la doctrine qui repousse l'origine spontanée des troubles sympathiques; » mais cette fois le sacrifice sera terrible, car il ne s'agira plus de quelque moignon atrophié, mais d'un œil qui voit et le seul qui reste au malade !

CHAPITRE III

Pathogénie.

Nous venons d'étudier les lésions traumatiques ou les altérations spontanées qui, survenant dans un œil, peuvent déterminer dans le congénère l'apparition d'une ophthalmie sympathique. Mais il nous reste une tâche plus ardue : établir d'abord quelle voie suivent les irritations parties du premier œil pour provoquer dans le second les troubles fonctionnels ou nutritifs ; montrer ensuite par quel mécanisme ces accidents se produisent. Nous avons bien accepté des anciens le terme obscur de « sympathie, » mais à charge d'en donner une explication précise : le *consensus oculorum* qui faisait jadis les frais de toute théorie pathogénique, est tombé dans un juste oubli.

Toutes les hypothèses ont été invoquées : la transmission ne peut se faire que par les vaisseaux, les nerfs ciliaires et le nerf optique. Du premier coup, Mackenzie incrimina tous ces organes ; d'après lui, la propagation a le nerf optique pour voie principale, mais dans d'autres cas elle prend un autre chemin : les nerfs ciliaires ou même les vaisseaux. Le chiasma jouait un grand rôle dans cette théorie : l'inflammation de la rétine de l'œil primitivement atteint gagnait le nerf optique et y provoquait une névrite ; celle-ci se réfléchissait, au niveau de l'entrecroisement, sur le nerf optique du côté opposé, et, de centripète devenant centrifuge, déterminait les altérations des membranes profondes du second œil. D'autre part, les nerfs ciliaires

pouvaient, par un processus analogue, que Mackenzie indique d'une manière bien sommaire, amener les mêmes accidents. Enfin, comme troisième hypothèse, les vaisseaux sanguins de l'œil blessé sont en état de congestion : qu'ils transmettent à ceux du côté opposé, grâce à leurs fréquentes anastomoses, une disposition semblable à celle dans laquelle ils se trouvent eux-mêmes, et l'ophthalmie fera son apparition.

Ces trois hypothèses n'eurent point une égale fortune : la dernière, celle de la congestion des vaisseaux, ne fut jamais prise au sérieux ; elle tomba même sans discussion. La névrite optique, au contraire, fut vivement combattue : dès 1849, Tavignot la battait en brèche ; à la suite des travaux d'Henri Muller, de Pagenstecher et de Czerny, on put la croire définitivement renversée. Cependant elle reparaît de temps en temps ; Mooren s'en est fait récemment le champion ; et nous verrons que, mieux que toute autre, elle nous rend compte de certaines formes spéciales d'ophthalmie sympathique. Il faut néanmoins reconnaître que la théorie de la transmission par les nerfs ciliaires règne maintenant presque sans contestation dans la science.

Lorsque Tavignot parla de « névralgie ciliaire, » cette opinion, quoique exposée dans un fort bon article, devait passer inaperçue : il avait devancé l'heure, mais de bien peu, car deux ans après seulement Claude Bernard et Brown-Séquard publiaient leurs expériences sur les actions vaso-motrices ; ce fut donc une tentative prématurée. Dès 1858, l'idée était mûre ; aussi lorsque Henri Muller la reprit à nouveau, et cette fois en invoquant des faits de physiologie générale connus et acceptés de tous, elle conquit les esprits. D'autant plus que la propagation par les nerfs optiques soulevait déjà des objections capitales : les examens ophthalmoscopiques, qu'on commençait à pratiquer, montraient que, dans la plupart des cas, il n'y a aucun trouble

vasculaire au niveau de la papille ; la rétine paraît saine. Or, c'est par cette membrane que les altérations nutritives devraient débuter si la propagation se faisait réellement par la voie du nerf optique. De même, l'examen à l'ophthalmoscope prouvait que le plus souvent les troubles du premier œil, de l'œil « sympathisant, » débutent dans le corps ciliaire, et non dans le segment postérieur du globe. Mackenzie s'était donc trompé sur le point de départ aussi bien que sur le point d'arrivée, et ce n'est pas d'une rétine à l'autre, et par l'intermédiaire des nerfs optiques, que la transmission s'opère.

Mais ce n'est pas tout : Muller, puis Pagenstecher, prouvèrent, par des dissections attentives, que souvent, lorsque les accidents sympathiques éclatent, le nerf optique est atrophié complétement et remplacé par un cordon fibreux, tandis que les nerfs ciliaires conservent en partie leur structure et leur aspect normal. Ne pouvait-on pas en conclure d'une manière légitime que la propagation se fait, non par le nerf optique dégénéré, mais par les nerfs ciliaires relativement sains. D'autres auteurs constatèrent bientôt des cas semblables : Czerny examina des yeux énucléés et trouva, au niveau des nerfs ciliaires, des lésions que nous pouvons maintenant rapporter à la névrite. Au premier abord les nerfs paraissent intacts, mais une analyse attentive montre que les tubes en sont pâles, en partie dépourvus de myéline, et que leur gaîne offre des noyaux en plus grande abondance ; autour d'eux une énorme prolifération des cellules de la choroïde forme un amas qui sans doute provoque des phénomènes d'irritation continue. Plus tard, de Graëfe démontra par la pathologie l'excitation certaine de ces nerfs. Le bulbe oculaire reste en effet longtemps sensible ; une pression y détermine de très-vives douleurs ; or, cette excitation ne peut gagner les centres que par l'intermédiaire des nerfs ciliaires. Toutes

ces preuves firent la conviction ; la névrite optique parut condamnée.

La théorie nouvelle était servie par le vague dont elle était entourée. Nous ne connaissons pas bien encore les connexions des nerfs crâniens avec le grand sympathique ; à cette époque, on les ignorait complétement et l'exposition pathogénique tenait en quelques mots : les irritations de l'œil malade suivent, disait-on, les nerfs ciliaires, arrivent dans les centres et là se réfléchissent sur les vaso-moteurs de l'œil sain pour y déterminer des troubles vasculaires et nutritifs. Nous ne trouverons que plus tard un exposé didactique de cette obscure question, dans les leçons du professeur Rouget, la thèse de Rondeau, les travaux de Mooren, la thèse de Dransart. Et encore que voyons-nous dans Rondeau? De longues pages consacrées au mécanisme de la transmission pour conclure par la formule que nous venons de donner, mais, en définitive, sans preuves directes et en raisonnant par analogie.

Rondeau rappelle la fameuse expérience de Brown-Séquard et Tholozan : qu'on plonge une main dans de l'eau à zéro, elle perd de 10 à 18 degrés ; en même temps la main non immergée éprouve un abaissement de température de 1 à 10 degrés sans qu'il y ait pour cela de changement appréciable dans la température de la bouche ou du rectum. On sait l'explication qu'en donne Brown-Séquard : l'excitation produite par l'eau froide sur les nerfs sensitifs de la main immergée arrive dans la moelle, s'y réfléchit sur les vaso-moteurs des deux membres thoraciques pour provoquer la contraction des vaisseaux, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer le refroidissement de la main non immergée. « Dans le sujet qui nous occupe, ajoute Rondeau, il doit se passer un phénomène analogue; les nerfs de sensibilité du globe oculaire excités transmettent l'impression aux centres nerveux par la commu-

nication du filet sensitif du ganglion ciliaire avec le rameau nasal, branche de l'ophthalmique. Les cellules nerveuses du centre encéphalique réagissent sur les vaso-moteurs de chaque œil. » Avec l'expérience de Tholozan et le mot vaso-moteur en plus, n'est-ce pas là ce que disait Tavignot?

Et pourtant, si l'expérimentation directe fait défaut, si l'on ne trouve pas encore une indication précise des voies nerveuses que suit l'excitation jusqu'aux centres encéphaliques, Rondeau n'en donne pas moins quelques faits d'une incontestable valeur plaidant en faveur de la doctrine vaso-motrice, que nous allons maintenant exposer tout au long. Cette doctrine s'appuie d'abord sur des expériences de physiologie générale : nous avons déjà cité celle de Brown-Séquard et de Tholozan, qui nous montre qu'une excitation vive des nerfs sensitifs se réfléchit dans la moelle sur les vaso-moteurs et détermine des phénomènes vasculaires, non-seulement dans la région d'où l'excitation est partie, mais encore dans la région symétrique du côté opposé. Nous devons ajouter les expériences de Vulpian et de Snellen, qui prouvent que l'excitation d'un nerf sensitif se traduit par une augmentation de tension dans le système vasculaire. Ces résultats ne sauraient laisser place au doute ; ils démontrent évidemment deux choses : 1° que l'excitation des nerfs sensitifs se réfléchit sur les vaso-moteurs pour y déterminer des troubles vasculaires ; 2° que ces troubles sont surtout marqués dans la région excitée et dans la région symétrique de l'autre moitié du corps.

Les considérations physiologiques précédentes montrent que la théorie vaso-motrice est possible et applicable aux troubles oculaires ; les faits sur lesquels nous allons insister maintenant auraient pour but de prouver qu'elle est pour le moins probable. Et d'abord, disent ses partisans, la rapidité même des accidents n'est-elle pas un argument qu'on peut invoquer? Dans

certains cas on a vu la blessure d'un œil retentir en quelques heures sur le congénère pour y déterminer des troubles fonctionnels ; on ne saurait croire ici à une altération du nerf, à des lésions matérielles qui demanderaient plus de temps pour se produire ; tandis qu'un réflexe sur les vaso-moteurs et des troubles circulatoires consécutifs peuvent très-bien nous donner la clef de la soudaineté des accidents. D'ailleurs — et cet argument n'est point sans importance — l'examen direct à l'ophthalmoscope démontre parfois dans l'œil secondairement atteint une perturbation primitive de la circulation des vaisseaux de la rétine et de la choroïde.

Rondeau a bien observé ces cas : dans le service de son maître Follin il a étudié l'état des yeux au début d'accidents sympathiques ; il y a engorgement et congestion des vaisseaux des membranes profondes ; la couche chorio-capillaire de la choroïde est injectée, les vasa vorticosa variqueux et les nerfs de la rétine dilatés. Dransart a insisté plus encore sur les troubles circulatoires d'origine réflexe. Une de ses observations mérite de nous arrêter : un homme de 26 ans se fait une plaie de la cornée à droite ; elle devient douloureuse et présente bientôt des signes non douteux d'inflammation. Quelques jours après, une ophthalmie sympathique apparaît dans l'œil gauche ; or, l'examen de cet œil, dont les milieux sont restés transparents, montre que les vaisseaux de la pupille ont perdu leur aspect normal ; les artères sont exsangues, elles ressemblent à des cordons blanchâtres filiformes : on y perçoit le pouls artériel. Les veines, au contraire, sont flexueuses et congestionnées. A ce moment, le Dr Abadie, qui soignait le malade, fait une iridectomie de l'œil blessé, au niveau d'un enclavement dans la plaie cornéenne ; — c'est même au tiraillement de l'iris qu'on attribuait l'ophthalmie sympathique. — Aussitôt après l'opération, l'acuité visuelle remonte dans l'œil gauche ; les vaisseaux redeviennent plus

larges, le pouls artériel disparaît, le spasme vasculaire cesse complétement. Mais, au bout de quelque temps, les accidents se reproduisent sous la même forme dans l'œil gauche. Nouvelle iridectomie à droite, nouvelle disparition des troubles vasculaires à gauche. Troisième rechute, troisième opération, et cette fois encore avec un succès immédiat remarquable. « Ne semble-t-il pas, dit Dransart, qu'on assiste à des expériences sur l'excitation du grand sympathique au point de vue de la contraction des artérioles ? » Les nerfs ciliaires, irrités par l'enclavement ou les adhérences de l'iris, réagissaient sur les vaso-moteurs de l'œil gauche et provoquaient la contraction spasmodique des artères de la papille. Ce n'est point la seule observation de ce genre que mentionne Dransart ; depuis la publication de sa thèse, il a même recueilli, dans sa clinique de Somain, des faits où il signale ces troubles vasculaires et cette sorte de « tétanie artérielle. »

Ce serait là le premier degré des affections sympathiques, celui qui correspondrait aux troubles fonctionnels sans altération nutritive : que la cause d'excitation cesse et le réflexe disparaîtra sans laisser de traces. Mais que l'excitation persiste, que le sang artériel n'arrive plus dans les tissus de l'œil, la nutrition en souffrira et l'on pourra voir se dérouler la série des accidents qui constituent la forme grave de l'ophthalmie sympathique. « Si l'irritation est assez puissante, lisons-nous dans la thèse de Rondeau, ou si la cause d'irritation persiste dans l'œil et donne lieu à un effet réflexe prolongé, les altérations, purement fonctionnelles au début, ne tarderont pas à devenir sérieusement organiques ; c'est ainsi que nous pourrons avoir des troubles dans les milieux de l'œil, des hémorrhagies, des décollements de la rétine, des exsudats plastiques, des synéchies, des amas de pus dans la chambre antérieure, des ramollissements et la liquéfaction du corps vitré, enfin l'augmentation de sécrétion qui accroît la pression intra-oculaire et établit

ainsi une analogie frappante entre le glaucôme, les troubles de la vue consécutifs aux névralgies et les affections réflexes d'un œil par traumatisme de son congénère. »

Remarquons ici que les auteurs qui défendent la théorie vaso-motrice ne se sont pas mis en grands frais pour indiquer le point où la réflexion doit se faire ; nous n'avons trouvé nulle part l'exposition raisonnée des voies que doit suivre l'excitation pour se transmettre d'un œil à l'autre. M. Dransart, qui se pose la question, laisse á d'autres le soin de la résoudre. Evidemment, nous ne saurions le tenter, mais nous pouvons, du moins, rechercher quel est le chemin le plus probable : d'autant que cette étude nous servira lorsque nous exposerons la théorie pathogénique que nous croyons devoir proposer, parce qu'elle nous semble rendre un compte plus exact des phénomènes, tout en soulevant de moins grandes objections que la théorie vaso-motrice.

L'étiologie nous a montré que le globe oculaire n'est pas le seul point de départ des ophthalmies sympathiques ; toutes les branches du trijumeau peuvent intervenir, et nous avons signalé plusieurs observations où une blessure des rameaux du frontal a déterminé d'abord des troubles de l'œil voisin, puis une ophthalmie de l'œil du côté opposé. Mais, dans l'immense majorité des cas, l'excitation part du globe lui-même, et ce sont surtout les nerfs de cet organe que nous avons à étudier. La cornée, l'iris et le corps ciliaire contiennent des fibres nerveuses dont la terminaison n'est guère connue que pour la cornée; ce que l'on sait du moins, c'est que ces fibres sont excessivement nombreuses et forment des plexus abondants, surtout dans l'épaisseur du corps ciliaire et du muscle accommodateur. En ce point le feutrage des fibres est tel que certains auteurs l'ont décrit comme un véritable ganglion.

Le segment antérieur de l'œil, cornée, iris et corps ciliaire, est donc éminemment riche en tubes nerveux et

nous avons déjà la clef de cette loi presque générale dans le sujet qui nous occupe : les irritations et les blessures de cette région sont celles qui, le plus souvent, ont pour résultat les ophthalmies sympathiques. Ces rameaux et ces ramuscules se réunissent pour former les nerfs ciliaires qui cheminent parallèlement dans la lamina fusca entre la sclérotique et la choroïde ; puis, arrivés dans le segment postérieur, et non loin de l'insertion du nerf optique, ils traversent la sclérotique et se rendent dans le ganglion ophthalmique ; mais non point tous, car quelques rameaux isolés gagnent le nerf nasal, ce sont les ciliaires directs, si bien étudiés par Claude Bernard.

Le ganglion ophthalmique reçoit trois branches, l'une du grand sympathique, l'autre du moteur commun, l'autre du nasal ; de sorte que l'excitation des extrémités terminales des nerfs ciliaires, arrivée au niveau du ganglion, y trouve les trois racines, et, par conséquent, trois chemins à prendre. Evidemment, il en est un qu'elle ne peut suivre, celui que présente la branche du moteur oculaire, racine centrifuge et non point centripète. Restent les racines du sympathique et du nasal ; la racine sympathique, qui possède certainement des fibres centrifuges, celles qui vont innerver le muscle radié de l'iris, contient aussi des tubes centripètes qui pourraient être parcourus par les excitations. C'est là un chemin possible, mais si long, si tortueux, que à notre connaissance, aucun auteur n'y a songé pour le cas de l'ophthalmie sympathique. L'excitation, en effet, gagnerait le plexus carotidien, le ganglion cervical, de là les centres de la moelle ou du bulbe, et ce n'est qu'après ce long trajet que le réflexe pourrait se faire sur les vaso-moteurs de l'œil ! Il faudrait un certain courage pour hasarder pareille hypothèse.

C'est donc par la racine sensitive du nasal que la transmission aura lieu; le nasal, le frontal et le lacrymal, après avoir franchi l'orbite par la fente sphénoïdale, se réunis-

sent et constituent le nerf ophthalmique. Toutes les branches dont l'irritation peut déterminer les troubles sympathiques, aussi bien les rameaux qui proviennent de l'œil que ceux qui se perdent sur le pourtour de l'orbite, se trouvent alors réunies et l'ophthalmique pénètre dans le ganglion de Gasser. Là encore des filets sympathiques abordent le ganglion, mais là, pas plus qu'au niveau de l'ophthalmique, les excitations venues de l'œil ne prendront ce chemin détourné ; elles resteront dans la voie primitive, celle de l'ophthalmique qui, doublé des deux maxillaires, forme le trijumeau, pénètre dans la protubérance, et, après un court trajet intra-encéphalique, aborde son noyau d'origine dans l'épaisseur du bulbe.

Il nous faut donc admettre, — et cette hypothèse est seule possible, — que les excitations, parties du globe oculaire, franchissent le ganglion ciliaire et le ganglion de Gasser et qu'elles arrivent ainsi jusqu'au centre de réflexion, au niveau des noyaux du bulbe. Ici, l'embarras devient extrême : il est facile de dire que l'excitation, dépassant les limites du noyau d'origine, gagne l'autre moitié du bulbe ; mais il faut déterminer alors quelle sera la voie de retour et par quelles fibres l'excitation réfléchie arrivera au second œil. Les hypothèses se multiplient : nous avons d'abord les rameaux fournis par les nerfs bulbaires au ganglion cervical supérieur qui, lui, est en relation par le plexus carotidien avec le ganglion ophthalmique, c'est-à-dire avec le globe oculaire. Mais il y a peut-être un trajet plus court ; il est probable, — et M. Franck a fait de fort intéressantes recherches à ce sujet — que le trijumeau lui-même contient, dès son origine, un certain nombre de fibres vasculaires sur lesquelles pourrait se faire le réflexe. Aussi, et comme résumé, nous dirons que le réflexe invoqué par la plupart des auteurs dans la pathogénie des ophthalmies sympathiques, aurait pour point de départ les parties molles du pourtour de l'orbite, et surtout les

membranes intrinsèques de l'œil; pour voie de transmission centripète, le trijumeau du côté malade; pour centre de réflexion, le bulbe; pour voie de transmission centrifuge, soit les filets du plexus carotidien et la racine végétative qu'il donne au ganglion ophthalmique, soit même des fibres vasculaires propres au trijumeau du côté sain.

Telle est la doctrine vaso-motrice, que nous avons essayé de compléter en montrant le trajet possible du réflexe. Elle ne nous satisfait pas; nous voudrions la rejeter, car elle contredit une loi de physiologie générale que les expérimentateurs et les anatomistes contemporains nous semblent avoir mise hors de doute : jamais, d'après eux, les troubles neuro-paralytiques, aussi intenses qu'on puisse les supposer, n'ont produit d'inflammations franches ou d'altérations trophiques semblables à celles qui caractérisent l'ophthalmie sympathique. — Après la grande découverte de Claude Bernard, les vaso-moteurs devinrent les intermédiaires obligés de tout acte physiologique et de beaucoup de phénomènes morbides. Pour ne parler que du sujet qui nous occupe, Longet prétendit que l'extirpation du ganglion cervical amène la fonte purulente de l'œil. On rappela les expériences de Dupuy d'Alfort où l'opération aurait eu ce même résultat; Laqueur, qui accepte cette manière de voir, bien que sa thèse date de 1869, nous rapporte un cas dû à Philippe de Walther : dans une opération d'anévrysme, le ganglion cervical ayant été blessé, il se développa une ophthalmie intense de l'œil correspondant, suivie plus tard de l'atrophie du globe oculaire. « Le même chirurgien affirme avoir observé plusieurs fois des ophthalmies à la suite de blessures du grand sympathique. »

Tous ces faits seraient à contrôler; mais seraient-ils exacts, que pourrait leur petit nombre contre les expériences, sans cesse répétées, qui nous prouvent la non in-

tervention des vaso-moteurs dans la production des troubles trophiques? Que l'on sectionne le grand sympathique, ou mieux qu'on arrache le ganglion cervical, jamais — du moins par le fait de ces opérations — on ne suscite de véritables troubles inflammatoires. « Il est démontré, nous dit M. Charcot, que l'hypérémie neuro-paralytique n'est jamais suffisante pour occasionner à elle seule une altération dans la nutrition des tissus. » Pour appuyer cette affirmation si nette, nous pourrions invoquer les expériences d'O. Weber qui, « à l'aide d'un appareil ingénieux, a obtenu, pendant près d'une semaine, une irritation du grand sympathique cervical marquée par un abaissement de deux degrés, et n'a pas vu survenir la moindre trace de troubles nutritifs dans le côté correspondant de la face. Les faits relatifs à la pathologie humaine témoignent dans le même sens. Dans certains cas d'angioneuroses chez les hystériques, une ischémie très-prononcée et très-persistante ne provoque pas l'apparition de lésions trophiques. » L'opinion généralement acceptée maintenant, c'est qu'il faut une action directe du nerf sur l'élément anatomique lui-même ; si cette opinion est exacte, elle ruine entièrement l'influence des vaso-moteurs dans la production des ophthalmies réflexes.

D'ailleurs, nous avons mieux que cette loi de physiologie générale. Des expériences, en grand nombre, ont été faites sur la nutrition de l'œil; on peut même dire qu'il n'est pas de région où le mécanisme des troubles trophiques ait été plus souvent étudié. Magendie montra, le premier, que la section du trijumeau, pratiquée en avant du ganglion de Gasser, amène dans l'œil correspondant une hypérémie de la conjonctive, des ulcérations de la cornée, des exsudats de l'iris et de la choroïde et, pour finir, une fonte purulente. Longet et Claude Bernard répétèrent cette expérience avec le même résultat, et, depuis, elle est devenue classique. Il est vrai que les interprétations

varièrent, et, tandis que la plupart croyaient à des troubles trophiques, quelques-uns invoquaient le traumatisme que doit subir l'œil rendu insensible par la section du trijumeau. Nous n'insistons point sur ces discussions, mais il reste acquis désormais que la section de la 5e paire s'accompagne des lésions trophiques décrites par Magendie. En quelqu'endroit qu'on la pratique, en avant du ganglion de Gasser, sur le ganglion lui-même, enfin — bien qu'on en ait dit — entre le ganglion et l'origine apparente du nerf, le cortége des altérations nutritives ne tarde pas à se montrer. Aussi nous résumons-nous en disant que, si la section du sympathique ou l'extirpation du ganglion cervical ne peut déterminer qu'une hypérémie neuro-paralytique, sans le moindre trouble trophique, les lésions du trijumeau provoquent sûrement des altérations dans les tissus du globe oculaire.

Il y a quelques points sur lesquels nous nous arrêterons plus longtemps, car ils semblent jeter un jour nouveau sur la question. Dans ces derniers temps, Mathias Duval et Laborde ont détruit, sur le chien et sur le lapin, le noyau d'origine de la racine sensitive du nerf trijumeau. Or, ils ont pu constater qu'on voit alors apparaître dans l'œil l'ensemble des altérations trophiques décrites par Magendie : des congestions intenses, des opacités, des synéchies, la fonte purulente. « L'œil du côté de la lésion bulbaire devient immédiatement insensible lorsqu'on détruit le noyau d'origine du trijumeau ; et, si l'animal survit, ce même œil devient le siége de troubles trophiques progressifs selon l'intensité de la lésion ou sa tendance plus ou moins marquée à la réparation. Chez le lapin, ces troubles se produisent et s'aggravent très-vite ; au bout de dix à douze heures, ils sont très-accentués et s'expriment par une violente injection conjonctivale, en même temps que par une opacité plus ou moins complète de la cornée ; après 24 heures, l'œil peut être complétement perdu, la fonte purulente s'en est

emparée. Chez le chien, ces troubles trophiques sont aussi nets que chez le lapin, mais ils progressent avec moins de rapidité. L'insensibilité est certainement immédiate; les altérations commencent par la rougeur, le boursouflement de la conjonctive recouverte par un chémosis envahissant; puis la cornée se prend à son tour, et, du 3e au 4e jour, elle présente des points d'opacité complète et des ulcérations en coup d'ongle. »

M. Vulpian avait déjà, en 1861, indiqué l'opalescence de la cornée et la congestion de la conjonctive comme des suites possibles des lésions faites sur le plancher du quatrième ventricule cérébral chez les chiens ; depuis lors, il a vu maintes et maintes fois des lésions des mêmes régions de l'encéphale déterminer tous les phénomènes morbides qui se manifestent dans le globe oculaire chez les animaux sur lesquels on a pratiqué la section intra-crânienne du nerf trijumeau.

Ces résultats nous semblent simplifier beaucoup la question; le trijumeau, sa branche ophthalmique et les ciliaires qui émanent en partie de cette dernière, reçoivent, de leur origine à leur terminaison dans le « tractus uvéal, » quelques anastomoses du sympathique, dont les lésions ont été parfois invoquées pour expliquer les phénomènes morbides qu'on observe dans l'œil. Cette interprétation doit être rejetée, les expériences de Laborde et de Mathias Duval nous montrant qu'il faut éliminer toute intervention de ces anastomoses. On dira peut-être que, dès le noyau d'origine dans l'épaisseur du bulbe, des filets vaso-moteurs se mêlent aux fibres sensitives, que des cellules des deux ordres sont juxtaposées pour donner naissance aux unes et aux autres. Ceci est d'une analyse bien délicate, et nous ne serions pas en mesure de discuter cette hypothèse; mais nous retenons ce fait, que le trijumeau possède ses fibres trophiques dès son noyau d'origine, et que, blessé en ce point, il réagit en produisant

des altérations nutritives ; c'est lui, c'est bien lui, qui est le nerf trophique de l'œil.

Or, nous avons déjà vu que les excitations centripètes parties de l'œil malade ont pour voie de transmission probable les nerfs ciliaires, l'ophthalmique, le trijumeau, et arrivent ainsi jusqu'au bulbe. Nous voyons maintenant que les altérations trophiques de l'œil sont sous la dépendance du trijumeau, de l'ophthalmique et des nerfs ciliaires qui en émanent ; que, par conséquent, les excitations centripètes et les excitations centrifuges ont les unes et les autres le même nerf pour conducteur. Mais, avant de tirer de ce rapprochement une conclusion, quelle qu'elle soit, il nous faut étudier un fait d'anatomie pathologique, trop récemment découvert pour être absolument net, mais qui n'en jette pas moins quelque jour sur cette obscure question.

M. Hayem publie, depuis 3 ans, une série de mémoires sur la *névrite ascendante ;* il y montre que, consécutivement aux traumatismes des nerfs, section, résection, écrasement, irritation à l'aide de diverses substances, il peut se produire dans la moelle des lésions plus ou moins profondes, caractérisées par une myélite diffuse, parfois peu marquée, parfois très-intense. Ces lésions médullaires surviennent sans doute par simple propagation, grâce peut-être aux gaînes lymphatiques récemment découvertes autour des fibres nerveuses. On trouve, en effet, dans le bout central du nerf irrité, de la névrite interstitielle, et presque toujours quelques tubes nerveux altérés, un gonflement monoliforme des cylindres d'axe et une multiplication des noyaux de quelques gaînes avec dégénérescence granulo-graisseuse de la myéline. Cette irritation ascendante qui, par le bout central du nerf, se propage jusqu'à la moelle, joue certainement, d'après M. Hayem, un rôle prédominant dans la pathogénie des lésions trophiques ; car, dans la plupart de ses expériences — et ce point nous importe surtout —

il a vu que les lésions de la moelle, d'abord contenues dans le côté correspondant au nerf lésé, gagnent plus ou moins vite le côté opposé. Du reste, on observe des phénomènes semblables dans les cas d'amputation ancienne; et M. Hayem a trouvé, outre l'atrophie, bien connue depuis les travaux de Vulpian et de Dickinson, des lésions irritatives légères, mais évidentes, étendues aux deux côtés de la moelle et aux nerfs des deux côtés.

En résumé, il semble ressortir de ces travaux que tout traumatisme des nerfs peut être le point de départ d'altérations centrales plus ou moins profondes, caractérisées par leur tendance à s'étendre et à devenir symétriques. Nous nous emparons de ces conclusions pour les appliquer à notre cas particulier. N'aurions-nous pas affaire dans l'œil à une névrite ascendante du trijumeau? Et cette hypothèse n'aurait-elle pas sur l'hypothèse vaso-motrice l'immense avantage d'être plus simple, et surtout de s'accorder avec les données actuelles de la physiologie?

Nous ne reviendrons pas sur la plus grave de nos objections à la théorie vaso-motrice. Il demeure bien entendu que son point de départ lui-même est plus que contestable. Nous avons cité l'opinion de M. Charcot, nous pourrions ajouter l'opinion de M. Vulpian et celle des physiologistes de l'heure actuelle, qui nous disent tous que les vaso-moteurs sont incapables par eux seuls de provoquer des troubles inflammatoires. Claude Bernard, qui semblait d'abord avoir une autre pensée, n'a-t-il pas écrit ensuite : « la vascularisation qui se développe à la suite de la section des vaso-constricteurs et de l'excitation des vaso-dilatateurs n'est pas une congestion inflammatoire. Elle peut durer un temps très-long sans qu'il se produise une inflammation véritable. » D'autre part, toutes les expériences et toutes les observations convergent pour prouver l'influence trophique du trijumeau, abstraction faite de tout rameau accessoire ou de toute anastomose ve-

nue d'un autre nerf. Les recherches de Vulpian, celles de Mathias Duval et de Laborde dans ces temps derniers, n'en sont-elles pas une preuve irrécusable qui nous dispense de discuter les expériences contradictoires accumulées autour de cet intéressant problème. Du reste, que les seules fibres internes soient trophiques, tandis que les externes seraient sensitives, comme le veut Meissner; qu'il faille renverser la proposition, comme le désire Bacchi; qu'il s'agisse plutôt d'expériences mal interprétées, comme l'affirme M. Charcot; qu'il y ait des fibres vaso-motrices nées du noyau d'origine, mêlées aux tubes trophiques et sensitifs; cela est ou possible ou probable, mais l'influence trophique du trijumeau, le seul fait qui nous importe, nous semble bien démontré.

Voici de quelle façon nous comprenons l'enchaînement des phénomènes. Lorsqu'un œil est atteint, qu'il existe, par exemple, un corps étranger dans le tractus uvéal, les terminaisons des nerfs ciliaires sont irritées et s'enflamment. Voilà notre point de départ; et ceci n'est point une vaine hypothèse, car s'il est vrai que, dans certains cas, les résultats des recherches histologiques ont été nuls, si nous pouvons citer, pour notre part, des examens absolument négatifs, il n'en existe pas moins un certain nombre d'observations des plus concluantes. Dans son travail de 1858, Muller avait remarqué que si les tubes nerveux n'avaient pas subi la désorganisation ordinaire des nerfs atrophiés, ils étaient devenus plus pâles et avaient perdu une partie de leur moelle. Pagenstecher constata que le stroma de la choroïde montrait dans un œil énucléé pour une affection sympathique de son congénère, une prolifération énorme de cellules qui s'étendait le long des vaisseaux et des nerfs ciliaires. En 1867, Czerny trouva, dans un cas semblable, une augmentation des cellules du tissu connectif autour des tubes ner-

veux, en même temps qu'une multiplication des noyaux de leurs gaînes.

Et puis, la douleur si vive qui survient alors d'une manière spontanée, ou qu'on fait naître en pressant sur la région ciliaire, les recrudescences douloureuses qu'on observe dans les vieux bulbes atrophiés, et qui se réveillent pour devenir le point du départ d'un ophthalmie sympathique, ne prouvent-elles pas la réalité de la névrite que nous invoquons? Cette névrite ne reste point cantonnée dans le bulbe; elle gagne de proche en proche, arrive au ganglion ophthalmique, au ganglion de Gasser et, suivant le tronc du trijumeau, atteint enfin le noyau d'origine. Que lui faut-il alors pour retentir sur l'autre œil? Est-il donc si difficile d'admettre qu'il va se passer là quelque chose d'analogue à ce qu'on a décrit dans les lésions expérimentales du nerf sciatique? L'irritation franchit le raphé du bulbe par les fibres commissurales et gagne le noyau d'origine du trijumeau correspondant, comme l'irritation du sciatique passe d'un côté de la moelle à l'autre. Dans l'un et l'autre cas, la névrite, d'ascendante qu'elle était, devient descendante, et dans la cuisse opposée ou dans l'œil primitivement sain on voit se dérouler le cortége habituel des troubles nutritifs. Dans les faits plus complexes dont nous avons déjà parlé, où l'inflammation a pour point de départ l'arcade sourcilière, le mécanisme reste le même : seulement la névrite du frontal se propage d'abord sur le nasal du même côté, peut-être dans leur trajet commun lorsqu'ils se réunissent pour former l'ophthalmique, ou peut-être plus haut, au niveau du ganglion de Gasser; la névrite se trouve être à la fois ascendante et descendante du même côté. Tous ces cas particuliers sont faciles à comprendre.

Qu'on ne vienne pas objecter la rapidité d'évolution de certaines ophthalmies sympathiques qui ont pu apparaître en trois jours ! D'abord ces cas sont exceptionnels;

d'habitude six semaines environ s'écoulent entre l'affection du premier œil et les accidents du deuxième; puis l'expérimentation ne nous a-t-elle pas montré qu'en peu d'heures la lésion du noyau d'origine détermine des troubles trophiques? « Au bout de dix à douze heures, nous dit M. Laborde, ils sont parfois très-accentués. » Qu'on n'oppose pas non plus à notre théorie les nombreuses expériences tentées, toujours en vain, depuis Rosow et Maats, pour déterminer des ophthalmies sympathiques chez des animaux. En quoi ces faits nous sont-ils contraires? Nous les revendiquerions plutôt, car on sait combien la névrite se montre difficilement chez les animaux, tandis qu'on peut toujours provoquer chez eux des troubles vaso-moteurs. Certainement les autopsies nous manquent; il faudrait suivre les altérations nerveuses au-delà des ciliaires, ce qui n'a jamais été fait. Mais, s'il est vrai, comme on le dit depuis Wardrop, que les vétérinaires connaissaient l'ophthalmie réflexe avant les médecins pour l'avoir observée chez les chevaux, et même traitée par la destruction de l'œil, c'est à eux de combler cette lacune regrettable, et de montrer s'il n'y a pas quelque signe de névrite le long du trijumeau. D'ailleurs, tous les troubles trophiques et fonctionnels qu'on met sous la dépendance de la névrite peuvent se dérouler sans altérations appréciables du nerf, du moins si nous devons en croire les expériences et les observations faites par un très-grand nombre d'auteurs.

Un autre point nous semble encore obscur. Il serait étonnant que la névrite, arrivée au noyau d'origine, restât nettement bornée au trijumeau sans envahir les noyaux voisins; il faudrait donc chercher dans les observations si, avec les accidents oculaires, on ne pourrait pas trouver quelque trouble dans d'autres territoires nerveux. Nous n'avons rien constaté de semblable; mais les observations innombrables qu'on a publiées nous sont à peu près

inutiles, car elles ne visent jamais que les troubles oculaires. En tous cas, notre théorie, inspirée par M. Vulpian et M. Charcot, à qui nous soumettions nos doutes sur l'action vaso-motrice, nous paraît plus acceptable que celles qui l'ont précédée. Hypothèse si l'on veut, mais hypothèse possible, et même probable : ce qu'on ne pourrait dire de celles dont nous voudrions lui voir prendre la place, encore que nous n'ignorions point les objections qu'on peut élever contre elle.

Peut-elle cependant nous rendre compte de tous les cas observés et de toutes les formes d'ophthalmie sympathique? Nous devons rester ici prudemment sur la réserve, car l'existence même de ces formes n'est pas absolument prouvée. C'est ainsi que M. Dransart, d'abord dans sa thèse, puis dans quelques observations qu'il a bien voulu nous communiquer, parle d'accidents sympathiques caractérisés par quelques troubles visuels et par une « tétanie artérielle : » les artères de la papille sont filiformes et tellement diminuées de calibre qu'elles perdent leur double contour ; leurs battements deviennent perceptibles ; les veines, au contraire, se congestionnent, mais les milieux de l'œil restent transparents, et l'on ne peut constater, du moins à l'ophthalmoscope, aucun signe d'inflammation, aucune altération nutritive, si faible soit-elle; celle-ci ne surviendrait que plus tard et se reconnaîtrait à l'atrophie de la papille. Lorsque la discussion aura nettement établi la réalité de cette forme particulière, il deviendra urgent d'en expliquer le mécanisme; peut-être alors sera-t-il temps d'invoquer les fibres vasomotrices qui, d'après certains auteurs, M. Franck entre autres, naîtraient avec les fibres sensitives du trijumeau et dès son noyau d'origine. D'ailleurs, il ne nous en coûterait nullement d'admettre ici l'influence des nerfs vasomoteurs; la lente atrophie de la papille qui serait le terme ultime de ces accidents ne rappellant en rien les lésions

trophiques rapides que nous notons dans les variétés ordinaires.

Du reste nous ne voudrions pas dire que le grand sympathique ne détermine jamais d'accidents : on a signalé vaguement des troubles bien singuliers, surtout chez les hystériques, des amauroses subites qui apparaissent à un moment pour disparaître à un autre. Puis il y a de ces histoires bizarres qui se transmettent de livre en livre : telle celle de ce grand personnage de Pavie qui avait habituellement une vue excellente, mais qui devenait amaurotique toutes les fois qu'il mangeait du poisson frit à l'huile. Dans tous ces cas, dans les troubles de la vue déterminés par une excitation du tube intestinal et des organes génito-urinaires, qu'on invoque un réflexe sur les nerfs vaso-moteurs, nous n'y voyons pas d'inconvénient. D'ailleurs, ces faits ne nous touchent pas. A d'autres de les expliquer. Ils ne rentrent pas dans l'étude des ophthalmies réflexes.

Enfin, il est une autre forme qui semble échapper à notre pathogénie, celle où les troubles fonctionnels et trophiques auraient pour siége exclusif la rétine, expansion du nerf optique. Dans ces cas, ce nerf ne serait-il pas l'organe de transmission ? En un mot, faut-il, pour expliquer certains faits, en revenir à l'hypothèse de Mackenzie, qui n'est point aussi oubliée qu'on a pu le croire un instant. Elle ressuscite de plusieurs côtés à la fois ; Mooren, de Berlin, et Alt, de New-York, s'efforcent de la faire revivre. Mais les arguments sur lesquels ils s'appuient n'ont pas tous une importance réelle. Une observation de Mooren, qui vit des accidents sympathiques survenir à la suite d'une contusion du nerf optique dans une extirpation de l'œil, n'est véritablement pas sérieuse ; car les ciliaires ne sont pas loin de l'optique, et qui blesse l'un a bien des chances de blesser les autres ; d'autant plus que M. Sappey

a démontré l'existence de nerfs ciliaires venant se perdre dans la gaîne du nerf optique.

D'autres observations où les accidents éclatèrent à la suite de l'irritation causée par un œil artificiel, n'ont pas une valeur plus grande. De quel droit Mooren incrimine-t-il le nerf optique plutôt que les ciliaires qui lui sont juxtaposés? Il a bien constaté une exquise sensibilité au niveau de l'optique; le moindre attouchement, nous dit-il, déterminait une vive douleur. Mais cette assertion est d'une physiologie trop douteuse pour que nous y insistions plus longuement.

Les recherches d'Alt ne nous paraissent pas plus convaincantes : dans ses dissections d'yeux énucléés pour troubles sympathiques, il a reconnu que, 79 fois sur 100, le bulbe enlevé présente des altérations de la rétine et du nerf optique. Il conclut que ce nerf a de l'influence dans la transmission des accidents; d'autant plus, ajoute-t-il, que 16 fois seulement sur 100 il a pu noter des lésions dans les nerfs ciliaires. Cet argument d'anatomie pathologique nous toucherait beaucoup plus si Alt n'avait pas trouvé, en même temps que les lésions du côté de la rétine et du nerf optique, des altérations semblables du tractus uvéal : ce qui veut dire que toutes les membranes profondes sont atteintes. Cette notion n'est pas nouvelle et nous savions déjà que, dans les atrophies bulbaires, les troubles nutritifs, d'abord limités au tractus uvéal, envahissent bientôt la rétine et le nerf optique, et dans notre étiologie nous avons insisté sur les graves désorganisations de toutes les membranes et de tous les milieux. Du moment que les nerfs ciliaires et que l'optique sont au milieu de tissus également atteints, Alt a laissé la question sur son terrain primitif, et tous les arguments qu'on a fait valoir,depuis Tavignot et Muller, en faveur de la transmission par les nerfs ciliaires sont encore debout : Alt ne les a nullement ébranlés.

Il n'en reste pas moins un certain nombre de cas fort embarrassants pour la théorie. Dans un premier ordre de faits, la rétine a été bien nettement le point de départ des accidents à distance, et les deux observations de Cohn ne sauraient laisser le moindre doute. Un exsudat sur la rétine, une petite tumeur de la macula, telles sont les seules lésions qui ont été reconnues sur l'œil sympathisant. Faut-il en conclure que la transmission a dû se faire par le nerf optique? A la rigueur, on peut se demander si l'irritation de la rétine ne s'est pas propagée au tronc des ciliaires, à travers la choroïde altérée, ou bien aux filets du même nerf ramifiés dans l'épaisseur de la gaîne. D'après cette hypothèse, l'excitation gagnerait encore les centres par les trijumeaux. Mais cette idée semble peu raisonnable et nous préférons accepter la transmission par l'optique.

Dans un deuxième ordre de faits, la rétine du second œil paraît être le point d'arrivée des excitations délétères venues du premier. Lorsqu'on veut analyser les observations qui se rapportent à ces cas, on se trouve en face de difficultés extrêmes : le plus grand nombre se rapporte à de simples troubles fonctionnels de la membrane nerveuse : diminution du champ visuel, amblyopie, photopsie, anneaux irisés. Or, une simple gêne circulatoire, une congestion passagère de la choroïde comprimant la couche des bâtonnets peuvent déterminer ces accidents ; d'autres fois il s'agit d'une tétanie artérielle et d'une dilatation des veines au niveau de la papille. Mais ce sont là des troubles vaso-moteurs, et nous ne voyons pas la relation directe qui les unit aux altérations de la rétine ou de l'optique. D'autres fois, enfin, il y a de véritables lésions nutritives, atrophie ou congestion de la papille, et tous les signes d'une rétinite. Nous transcrirons plus loin quelques-unes de ces observations. Colsmann, qui en rapporte trois, dont une personnelle, explique ces cas exceptionnels

par une inflammation qui suit la gaîne lymphatique du nerf optique, arrive dans l'espace sous-arachnoïdien, envahit la gaîne lymphatique du second nerf et empêche ainsi la nutrition de la rétine. Il y aurait là une sorte de périnévrite qui, d'un œil, passerait à l'autre par la voie des nerfs optiques.

Cette théorie nous satisfait surtout parce qu'elle établirait une relation étroite dans la pathologie des différents nerfs de l'œil. La névrite, pour l'optique comme pour les ciliaires, provoquerait des accidents à distance, et les excitations morbides prendraient l'un ou l'autre chemin, suivant le siége des altérations primitives. Du reste la névrite optique se réfléchirait sur le nerf du côté opposé, soit au niveau du chiasma, comme le veut Colsmann, soit dans les centres nerveux eux-mêmes. Mais il ne faut pas l'oublier : cette question est encore à l'étude ; ces formes exceptionnelles d'ophthalmie sympathique soulèvent de graves objections ; les observations mêmes sont parfois contestées, et ce n'est pas sur des faits douteux qu'on fonde une théorie.

Ce chapitre était imprimé, lorsqu'on nous a communiqué un travail que le Dr Goldzieher a publié dans les « *Feuilles mensuelles d'ophthalmologie,* tome 15, page 406, » et dont une analyse va paraître dans la revue de M. Hayem. Nous avons eu la satisfaction d'y trouver sommairement exposée la théorie de la *névrite ascendante.* L'auteur a fait l'examen microscopique d'un œil énucléé ; il a reconnu dans les nerfs ciliaires les altérations décrites depuis vingt ans par Muller, Pagenstecher et Czerny : des cellules rondes, fusiformes ou pigmentaires, sont accumulées dans les gaînes des filets nerveux ; elles pénètrent même entre les tubes, où de nombreux noyaux, pressés les uns contre les autres, dissocient les fibrilles qui, d'ailleurs,

conservent leur aspect normal. Sur certains points du névrilème, les cellules forment de véritables nodules dont la masse comprime les tubes au point d'y exercer une dépression en forme de godet. Goldzieher, comme tous ses prédécesseurs, s'appuie sur ce fait pour admettre que les nerfs ciliaires sont le point de départ des excitations pernicieuses. Il rappelle alors les recherches récentes de Niedieck sur la « *névrite migrante*, » et se demande « s'il ne serait pas rationnel d'admettre que, dans l'ophthalmie sympathique, les choses se passent d'une façon analogue; l'inflammation du plexus ciliaire d'un côté se propagerait d'abord vers les centres et puis, de proche en proche, vers le côté opposé : cela avec d'autant plus de raison que les amas de cellules, comprimant les filets nerveux, agissent d'une façon mécanique éminemment propre à développer et à entretenir un processus irritatif. » Ces conclusions sont semblables aux nôtres. Si la démonstration que nous avons donnée nous semble plus rigoureuse, c'est que nous l'appuyons, non-seulement sur les travaux relatifs à la névrite ascendante, mais encore sur les expériences nouvelles qui prouvent, jusqu'à l'évidence, le rôle nutritif du trijumeau.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Rien n'est plus variable que le temps qui s'écoule entre les affections du premier œil et le développement de l'ophthalmie réflexe. On a vu les accidents éclater dès le deuxième ou le troisième jour. Dransart nous raconte l'histoire d'un jardinier qui reçut dans l'œil gauche un brin de paille ; cet œil fut atteint d'irido-choroïdite et perdit complètement ses fonctions ; quarante-huit heures après la blessure, l'œil droit était pris d'ophthalmie sympathique. Elle peut aussi ne survenir qu'après trente ou quarante années ; il n'est pas d'auteur qui ne signale quelqu'une de ces ophthalmies tardives, et nous en avons cité des exemples dans le cours de notre étiologie.

Ces réserves une fois faites, nous pouvons donner quelques indications générales portant sur la majorité des faits : les traumatismes, quels qu'ils soient, surtout les plaies contuses de la marge de la cornée, les enclavements de l'iris, les corps étrangers du tractus uvéal, déterminent les troubles les plus rapides. Mackenzie avait fixé de quatre à six semaines, comme limite ordinaire, et les observations ultérieures ont justifié sa manière de voir. Une récente statistique d'Alt, qui porte sur 110 cas, montre que c'est entre sept jours et huit semaines après le traumatisme du premier œil que le second devient malade.

L'époque du début est encore bien plus vague pour

l'ophthalmie réflexe d'origine spontanée : ici l'on ne saurait poser aucune règle, même approximative. On pourrait dire tout au plus que les troubles à distance n'apparaissent presque jamais pendant la période aiguë, et qu'il faut que des lésions profondes aient auparavant désorganisé le premier œil : quand l'amaurose y est complète, quand on constate des synéchies et des leucômes adhérents, des staphylômes, des cataractes pierreuses, quand le tractus uvéal s'épaissit, que des calcifications indurent la choroïde et que le globe oculaire se transforme en un véritable moignon, alors, au bout de quelques mois, mais plus souvent après de longues années, l'influence délétère se fait sentir et les accidents apparaissent dans l'œil resté sain jusque-là.

On a voulu déterminer d'avance sur quelle partie de l'œil sain réagissent le plus volontiers les altérations de l'œil malade. Le globe tout entier sera-t-il envahi, ou certaines membranes auront-elles le triste privilége d'être spécialement atteintes? L'observation répond que, dans l'immense majorité des cas, le tractus uvéal se prend tout d'abord, sans doute à cause de sa grande vascularisation, de sa richesse en fibres nerveuses, et que peut-être 19 fois sur 20, nous aurons une iritis, une irido-cyclite, une irido-choroïdite sympathique. Aussi, rapprochant l'étiologie de la symptomatologie, pourrions-nous dire que, dans l'immense majorité des cas, une irido-choroïdite du premier œil provoque une irido-choroïdite du second. Cependant, toutes ou presque toutes les membranes de l'œil peuvent être le siége des accidents ou le point de départ des altérations réflexes.

Ce n'est pas tout. L'inflammation se fera-t-elle d'emblée dans toute la membrane ou bien dans une partie limitée, et, dans ce cas, quelle sera cette partie? On dit, d'une manière générale, que les irritations d'une région circonscrite de l'œil sympathisant affectent tout d'abord la

région correspondante de l'œil sympathisé. Il est possible qu'il en soit le plus souvent ainsi ; mais Rossander fait intervenir un nouveau facteur : d'après lui, si les troubles inflammatoires doivent se manifester de préférence sur le tractus uvéal, si, sur ce tractus, le point correspondant à la plaie de l'œil sympathisant est probablement le premier atteint, il faut tenir compte aussi des affections antérieures, des déchéances organiques qu'a pu subir une membrane quelconque de l'œil sympathisé ; ce sera un « lieu de moindre résistance » où les accidents auront plus de tendance à se développer.

A côté de ces lésions matérielles, on a noté depuis longtemps déjà des troubles fonctionnels qui, du moins à leur début, ne se traduisent, par aucune altération nutritive. Ils méritent une place dans notre symptomatologie. Voici d'ailleurs quel plan nous nous proposons de suivre :

Nous établirons d'abord, par de bonnes observations, la réalité des troubles fonctionnels et les diverses formes qu'ils peuvent revêtir ; ce sera là notre première division. Notre seconde comprendra les ophthalmies sympathiques véritables et, dans ce groupe, les inflammations plastiques ou séreuses du tractus uvéal seront décrites avec le plus grand soin, puisque c'est elles qu'on est appelé à constater le plus souvent. Nous ne négligerons pas cependant les variétés rares et, comme pour l'étiologie, nous essaierons d'accompagner chacune d'elles de quelque fait démonstratif.

Troubles fonctionnels.

Les troubles fonctionnels d'origine sympathique ont été bien démontrés par Donders et de Brondeau. On pourrait sans doute recommencer ici une discussion qui devrait être maintenant close et se demander si la fonction peut être

abolie sans lésion matérielle de l'organe. Récemment encore on décrivait certaines amauroses sous le nom de « commotion de l'œil, » parce que, à la suite de violences extérieures, la vue avait disparu sans que l'examen ophthalmoscopique révélât de lésion matérielle. Mais l'expérimentation a prouvé que, dans ces cas, il y avait souvent une hémorrhagie entre la sclérotique et la choroïde et que, pour n'être pas démontrée par l'examen direct, cette grave lésion n'en existe pas moins. Aussi, pour éviter toute contestation, ferions-nous mieux de dire : lésion matérielle *appréciable.*

Ces formes irritatives méritent un examen sérieux, car leur fréquence serait fort grande. Dès 1858, de Brondeau déclare les troubles fonctionnels plus nombreux que les véritables ophthalmies sympathiques : « il est hors de doute qu'on les constaterait plus souvent encore, si les médecins songeaient toujours à en rechercher l'existence et si, par leur faible intensité, ces formes n'échappaient pas quelquefois aux malades inattentifs. » D'après la statistique de Rossander, elles compteraient pour un peu moins de la moitié des cas, pour un peu plus d'après celle de Vignaux. Il faut les étudier avec soin pour savoir les reconnaître ; d'ailleurs ces accidents sont variables et se montrent tantôt réunis, tantôt isolés ; il n'y a pas là un tableau clinique toujours identique à lui-même. Ce que l'on observe, ce sont des troubles de l'accommodation, du larmoiement, de la photophobie, parfois du blépharospasme, des névralgies ciliaires, un affaiblissement de la vue, ou bien encore la disparition de la vision par intervalles limités ; mais déjà ce dernier phénomène est tout à fait exceptionnel.

Avant d'entrer dans la description de ces formes, il est une remarque préliminaire qui nous semble d'une importance capitale. Peu d'organes, dans l'économie, ont une solidarité fonctionnelle comparable à celle des yeux ; dès

lors il n'est pas étonnant que la moindre perturbation survenue sur l'un d'eux retentisse sur l'autre; il y a par conséquent des phénomènes sympathiques qui mériteraient presque le nom de physiologiques. Ainsi peu d'affections douloureuses aiguës restent localisées d'un côté, sans retentir du côté opposé : quand, par exemple, on cautérise vivement une paupière on voit souvent l'autre œil s'injecter momentanément, devenir larmoyant, sensible à la lumière, etc.; ce sont là, pour ainsi dire, des phénomènes de sympathies physiologiques qui doivent être distinguées avec soin des véritables altérations morbides. C'est même là qu'on doit chercher la véritable cause de l'obscurité, de la confusion qui règne encore sur l'ophthalmie réflexe. Ainsi les phénomènes douleur, photophobie, larmoiement, sont insuffisants quand ils existent seuls pour faire songer à une ophthalmie sympathique véritable, et surtout pour justifier l'intervention du chirurgien.

Pour qu'on leur reconnaisse un caractère nettement pathologique, il faut qu'ils soient particulièrement exagérés et tenaces, ou accompagnés d'une diminution appréciable de l'acuité visuelle, ou enfin qu'ils aient résisté à toute espèce de traitement, sauf à l'énucléation de l'œil primitivement affecté.

Les *névralgies sympathiques* n'ont pas toutes le même siége et la même gravité. Parfois elles envahissent le globe oculaire et se traduisent par une tension pénible ou par des battements; il semble que l'œil se gonfle et qu'il est sur le point d'éclater. D'autre fois de vives souffrances se manifestent vers la paupière supérieure de la région frontale. Toutes les branches de l'ophthalmique sont parcourues par des irradiations douloureuses qui, dans des cas exceptionnels, peuvent suivre les rameaux du maxillaire supérieur. Laqueur insiste pour que ces névralgies ne soient pas confondues avec les douleurs qui, de l'œil blessé, passeraient à la région fron-

tale, franchiraient extérieurement la ligne médiane et gagneraient ainsi la région orbitaire du côté opposé : il y aurait propagation directe,et non réflexion dans les centres nerveux. Pendant quelque temps, plus ou moins, la douleur peut être la seule manifestation sympathique ; mais presque toujours elle s'accompagne de larmoiement et de photophobie, la conjonctive s'injecte, les vaisseaux se dessinent mieux à sa surface, les larmes sont sécrétées en plus grande abondance et s'écoulent le long de la joue; on constate d'ailleurs de véritables accès : à certains moments la glande lacrymale est en état de repos, mais, à d'autres, sa fonction s'exagère, et cette plus grande activité coïncide parfois avec une exacerbation névralgique.

Il en est de même de la *photophobie :* en général, elle est à peine marquée. Le malade fuit le grand jour, mais n'éprouve de douleurs persistantes qu'à la vive lumière. Parfois, au contraire, leur intensité est telle que les paupières se ferment convulsivement,comme dans les kératites phlycténulaires ; aussi les douleurs circum-orbitaires, le larmoiement, cette photophobie, pourraient faire croire à une inflammation de l'iris et de la cornée. Mais, dès que la crise est passée, l'examen des membranes externes ne saurait laisser le moindre doute à cet égard, et, en dehors de l'injection marquée de la conjonctive, on ne trouve ni ulcération de la cornée, ni trouble de l'humeur aqueuse, ni inflammation de l'iris. D'ailleurs le globe sympathisant est alors presque toujours le siége de quelque poussée aiguë ; du moins la pression y réveille de la douleur, ce qui fait que le diagnostic ne saurait rester en suspens.

Mais il est des cas où les névralgies ciliaires, la photophobie, le blépharospasme et le larmoiement font défaut, et où les troubles fonctionnels se bornent à des phénomènes du côté de la *vision.* Le malade s'aperçoit peu à peu que sa vue faiblit et se fatigue ; il ne peut « lire ou travailler finement. » Lorsqu'il fait quelque effort pour fixer un objet, il y réus-

sit bien pendant quelques secondes et le voit avec toute la netteté désirable ; mais bientôt les bords de cet objet deviennent confus et s'effacent pour redevenir distincts de nouveau, si le patient a pris soin de fermer les yeux quelque temps. Encore remarque-t-il que ce second effort dure moins que le premier et que la fatigue se manifeste plus vite. Évidemment ces phénomènes sont dus à une parésie du muscle accommodateur, qui peut bien se contracter encore, mais péniblement, et pour un temps bien court, ces tentatives provoquant souvent l'apparition des névralgies, de la photophobie et du larmoiement. De telle sorte que ces quelques symptômes sont très-souvent réunis et constituent ce qu'on appelle d'ordinaire « les troubles sympathiques fonctionnels irritatifs nerveux. »

Il faut y joindre l'*amblyopie* : le malade voit baisser peu à peu son acuité visuelle, parfois jusqu'à complète amaurose. La vision peut disparaître pour reparaître bientôt, et ces alternatives coïncident souvent avec des exacerbations douloureuses du côté de l'œil sympathisant. L'examen attentif des milieux et des membranes de l'œil ne peut expliquer ces troubles. Il ne faut pas oublier cependant que, dans certains cas, on a pris sans raison pour une amblyopie une atrophie commençante de la papille. D'ailleurs, si le processus indiqué par Dransart est exact, il n'y aurait entre ces deux états qu'une question de degré ; l'atrophie du disque nerveux succéderait aux troubles de la vision, avec cette différence toutefois qu'on trouverait, au niveau de la papille, des congestions veineuses et une tétanie artérielle. Mooren a noté aussi un rétrécissement plus ou moins considérable du champ visuel ; enfin, Liebreich a le premier indiqué, en 1863, un phénomène singulier, bien étudié par Laqueur.

Ces auteurs ont observé des individus chez lesquels la vision centrale s'interrompt pendant quelques secondes; l'objet fixé un instant disparaît; il semble re-

couvert par un brouillard. Pour Laqueur et Auber, il s'agirait simplement de l'exagération d'un phénomène physiologique. Dans les conditions normales, lorsqu'on fixe énergiquement un objet peu éclairé, on le voit s'obscurcir un moment, comme s'il passait sous un nuage, pour reprendre bientôt sa netteté première ; ainsi, quand on regarde attentivement une étoile de petite grandeur, on la perd de vue par instants. C'est que l'élément rétinien, vite fatigué, devient insensible jusqu'à ce que le repos rende à l'activité fonctionnelle le temps de renaître. Quoi qu'il en soit, ces troubles sont excessivement rares, et il n'existe guère dans la science que les observations de Liebreich et de Laqueur.

On a décrit encore une *forme irritative grave* où les divers accidents que nous venons de passer en revue coexistent, mais exagérés, et où l'affection oculaire prend une marche qui semble redoutable : les névralgies sont intenses, des irradiations douloureuses partent de l'œil et gagnent les régions circum-orbitaires, la photophobie, très-vive, détermine du blépharospasme et du larmoiement ; le malade n'ose ouvrir les yeux, et s'il parvient à le faire, il constate un abaissement notable de l'acuité visuelle ; les objets lui paraissent nuageux, entourés d'un anneau irisé ; la conjonctive est rouge, parfois même les paupières sont un peu boursouflées ; tout fait craindre des accidents inflammatoires aigus. Qu'à ce moment on pratique l'énucléation de l'œil sympathisant, et peut-être que tous ces phénomènes disparaîtront sans laisser de traces.

Un fait remarquable de ce genre a été observé par Donders. Un forgeron se blesse l'œil droit, qui s'enflamme et se perd ; quelques semaines après, l'œil gauche devient rouge, douloureux, photophobe et très-larmoyant ; pendant deux ans il y a de tels accidents que les traits du visage sont complétement déviés. Le malade se croyait aveugle. Donders pratiqua l'énucléation de l'œil droit et

s'aperçut, deux heures après, que l'œil gauche était sain. Le patient l'ouvrait spontanément ; les membranes et les milieux étaient dans un état d'intégrité parfaite : la guérison fut radicale.

Voilà les troubles fonctionnels qu'on peut observer. Lorsqu'ils se compliquent les uns les autres, le diagnostic est en général facile ; mais lorsqu'ils sont isolés, l'analyse devient plus minutieuse. Cependant les irradiations douloureuses de l'œil primitivement atteint établissent bien vite la relation de cause à effet ; il s'agit seulement de rechercher s'il n'y a pas quelque lésion matérielle, une congestion ou un rétrécissement des vaisseaux de la papille, une atrophie des nerfs optiques ou bien une lésion quelconque des différentes membranes de l'œil. On doit se demander encore si ces troubles fonctionnels ne sont pas le premier degré, et comme les précurseurs de quelque altération nutritive ; mais cette question présente un intérêt pratique trop grand pour que nous la traitions en quelques mots, et nous renvoyons son étude à plus tard.

Nous devrions maintenant donner, suivant la méthode que nous avons adoptée, quelques faits de troubles sympathiques sans lésion matérielle ; mais ces formes ne sont plus discutées, trop d'observations en démontrant la réalité. De Brondeau, déjà, en fournissait une dizaine, et dans la thèse de Vignaux, on en trouve plus de trente cas inédits. Or, si quelques-uns peuvent laisser place au doute, la plupart présentent les caractères qu'on exige d'une observation concluante. Les troubles réflexes apparaissent après une poussée de l'œil primitivement atteint et semblent sous la dépendance de cette nouvelle agression ; il n'existe, en dehors de la sympathie, aucune cause qui puisse expliquer les accidents du second œil ; enfin l'énucléation met un terme à tous les phénomènes morbides.

Voici d'ailleurs un fait inédit, que nous devons à M. Ga-

lezowski, et où cet enchaînement se montre avec la plus grande netteté. Une demoiselle de 29 ans vint le consulter pour une hydrophthalmie de l'œil gauche avec cataracte aride. Cette affection, qui datait de la jeunesse, était survenue à la suite d'un coup de pierre. La région sus-orbitaire et le bulbe lui-même étaient le siége de douleurs intermittentes qui, parfois, disparaissaient près d'un an pour reparaître ensuite. La dernière crise dura quatre mois sans discontinuer ; à ce moment, la vue de l'œil droit commença de faiblir ; la malade voyait des éclairs ; elle avait de la photophobie, du larmoiement, et, deux fois, elle fut prise de douleurs névralgiques intenses dans la tempe du même côté. Cependant l'examen ophthalmoscopique démontra l'absence de lésion. Comme l'énucléation fut repoussée, M. Galezowski pratiqua l'extraction de la cataracte. Il y eut amélioration rapide et six semaines après, toute douleur avait cessé. Mais, au bout de quelques mois, des bourgeons charnus se développent au niveau de la cicatrice cornéale ; il se forme une petite masse champignonneuse que fait saigner le simple frottement de la paupière. L'énucléation, proposée de nouveau, est acceptée ; les suites en sont fort simples ; les douleurs ne reparaissent plus et la vue de l'œil droit s'améliore progressivement.

Formes inflammatoires.

L'inflammation du tractus uvéal peut envahir cette membrane dans sa totalité ou se cantonner dans l'iris, dans l'iris et le corps ciliaire, ou dans le corps ciliaire seul. Mais ces délimitations-là sont [rares, et d'ordinaire l'inflammation gagne la plus grande étendue de la membrane. Aussi présenterons-nous un tableau d'ensemble et nous nous contenterons de séparer deux [formes très-différentes par

leur marche et par leur pronostic : *l'irido-choroïdite plastique et l'irido-choroïdite séreuse,* qui auront chacune leur chapitre spécial. Encore ont-elles un signe commun, nous voulons parler de la douleur ciliaire, dont l'importance est extrême. Comme cette douleur domine la symptomatologie des inflammations sympathiques, nous croyons nécessaire de la décrire dès à présent.

M. Landolt nous a raconté que, dans sa clinique de Zurich, Horner, suivant en cela la coutume de de Graëfe, met ses malades blessés à l'œil dans une salle obscure : tous les jours, il explore avec un stylet mousse le pourtour de la marge cornéale de l'œil indemne ; dès qu'il reconnaît l'existence d'un point douloureux bien localisé dans une partie quelconque de cette région, le malade est sévèrement averti de la catastrophe qui le menace ; on lui annonce le début prochain d'une irido-cyclite sympathique et l'énucléation est proposée. Parfois cette douleur apparaît dans le point correspondant à la blessure de l'autre œil, mais, d'habitude, on la réveille à la partie supéro-interne de l'insertion de la cornée avec la sclérotique.

Voilà pour la douleur de l'œil sympathisé. Celle de l'œil sympathisant n'a pas une valeur moins grande. Nous ne parlerons pas des souffrances que peut éprouver le patient au niveau d'une blessure récente du globe oculaire: elles sont trop connues pour qu'il y ait lieu d'insister. Mais lorsque la période aiguë est passée, lorsque l'œil, à la suite du traumatisme ou de quelque grave inflammation, s'est transformé en un moignon depuis longtemps indolore, il est presque de règle de voir tout à coup apparaître, avant les premiers symptômes de l'ophthalmie sympathique, et comme un avant-coureur de cette complication funeste, une tension subite, de la rougeur, une sensation de battement profond, de vives irradiations névralgiques dans le bulbe oculaire atrophié. Il faut alors se tenir sur ses gardes; les accidents vont envahir l'œil sain sur

lequel on trouverait peut-être, par une exploration attentive, le point douloureux de de Graëfe. L'énucléation préviendrait alors l'agression qui se prépare.

Irido-choroïdite plastique.

Cette forme est la plus fréquente; elle est aussi la plus redoutable. Les accidents débutent presque toujours par une paresse de l'accommodation : on ne peut fixer un objet sans fatigue; la lecture devient rapidement impossible; dans la région ciliaire siége une douleur sourde que la pression exaspère; et bientôt se déroulent tous les signes d'une vive inflammation. La paupière rougit, la conjonctive s'injecte et, sous ses vaisseaux congestionnés et flexueux, se voit, sur la sclérotique, une fine injection de vaisseaux plus petits. Ce cercle péri-kératique forme autour de la cornée une zone violette plus ou moins étendue. Le liquide de la chambre antérieure se trouble; l'iris perd son aspect brillant, il semble dépoli et sa couleur brune ou bleue prend une teinte rouillée ou jaune verdâtre; les adhérences qu'il contracte avec le cristallin ou la cornée le déforment; les synéchies peuvent être totales, et, comme elles se font surtout par le bord libre de la pupille et sur la cristalloïde antérieure, l'iris devient infundibuliforme.

Lorsque les adhérences sont incomplètes, il se fait d'espace en espace, entre l'iris et le cristallin, une exsudation séreuse qui refoule la membrane irienne en avant et dessine ainsi des bosselures sur le pourtour de l'orifice pupillaire; cette déformation, rappelle très-bien, comme le dit M. Panas, une tomate vue du côté du hile. L'iris se recouvre de dépôts plastiques, de « croûtes fibreuses, » suivant l'expression de de Graëfe; son tissu est rougeâtre, spongieux et d'une grande rigidité, ce dont on s'aperçoit quand on pratique l'iridectomie. La membrane a perdu

son élasticité et tend à rester entre les lèvres de la plaie cornéenne; cependant, d'après Mooren, elle obéirait encore à l'atropine, s'il n'y a pas de synéchies.

Lorsque la chambre antérieure est à peine troublée et que des fausses membranes n'obstruent pas l'orifice pupillaire, on observe, dans le corps vitré, des masses flottantes, de petits flocons, des stries rougeâtres ou noirâtres qui, par une de leurs extrémités, sont encore adhérentes à la zone ciliaire. Puis les amas plastiques deviennent trop abondants pour laisser passer les rayons lumineux; le cristallin lui-même s'opacifie et le malade distingue à peine la clarté du jour. Les accidents les plus graves surviennent alors dans les milieux de l'œil; l'hypopion et l'hyphœma sont rares; il n'en est pas de même des hémorrhagies de la choroïde, des décollements rétiniens, du ramollissement du corps vitré. L'œil est alors complétement perdu; il devient mou et s'atrophie; la cornée est opaque et vascularisée; mais la fonte purulente ne s'observe que très-exceptionnellement. On a signalé de rares observations où les accidents ont été moins graves dans l'œil sympathisant que dans le sympathisé, la vision étant totalement perdue dans celui-ci lorsque dans celui-là il en restait encore quelques traces. On comprend combien l'étude de ces faits doit être minutieuse quand on songe qu'une opération inopportune peut priver le malade d'un œil encore utile, et cela pour conserver un œil complétement perdu !

La marche de cette ophthalmie est, le plus souvent, très-rapide et les phénomènes locaux sont quelquefois assez intenses pour provoquer un retentissement notable sur l'état général. Le malade est inquiet, agité, il ne dort plus; il y a de l'embarras gastrique, du délire; la température s'élève et l'appareil fébrile, qui peut atteindre une certaine intensité, dure parfois jusqu'au moment où la cornée se perfore. Mais le plus souvent, tout se borne aux accidents

oculaires. Et même ceux-ci sont d'ordinaire moins rapides, moins violents que ceux dont nous venons de tracer le tableau : les douleurs sont à peine marquées; il existe dans l'œil une légère tension, une pesanteur qui survient vers le soir ou pendant la nuit; la vue se fatigue plus vite; puis on observe une fine injection péri-kératique, du larmoiement et de la photophobie; et, lorsqu'on examine l'iris, on le trouve plus épais, moins mobile, et çà et là recouvert de quelques dépôts plastiques. En même temps, l'éclairage du fond de l'œil montre des troubles floconneux dans le corps vitré : aussi quand on aperçoit la papille, ce n'est jamais que d'une manière indistincte, et comme à travers un nuage. Il faut redouter cette marche presqu'autant que la première : si elle semble plus lente, elle est aussi sûre; elle se termine par la perte totale de la vision et l'atrophie de l'œil.

Il existe même une forme tout à fait insidieuse : une phlegmasie latente qui envahit l'œil avant qu'aucun signe extérieur la révèle. M. Ledoux nous cite un cas où l'ophthalmoscope permit seul de reconnaître l'existence d'une choroïdite, l'œil paraissant extérieurement sain et la douleur ciliaire faisant absolument défaut. Il s'agit d'un patient dont l'œil gauche, perdu depuis six ans, était resté rouge, douloureux et fort dur; des accès névralgiques survenaient de temps à autre et, lorsqu'ils cessaient, la pression de la région ciliaire réveillait de vives souffrances. Après une journée de fatigue, à l'époque de la moisson, le malade s'aperçut à son réveil qu'il avait un brouillard devant l'œil droit : brouillard au milieu duquel il voyait des mouches noires entourées de rouges. La douleur était nulle. L'examen de l'œil ne montrait aucun changement anatomique; l'iris se contractait et ne paraissait pas altéré. Cependant l'ophthalmoscope permit de découvrir des masses floconneuses dans le corps vitré; elles étaient adhérentes aux corps ciliaires, presque toutes allongées, et se voyaient

surtout à la partie interne. En outre, on constatait des plaques d'atrophie au voisinage de la région ciliaire et des épanchements sanguins dans la choroïde. L'énucléation de l'œil gauche fut pratiquée avec des résultats très-favorables pour l'œil droit. La vision s'améliora, la lecture devint plus facile, le brouillard disparut et l'ophthalmoscope montra que les altérations de la choroïde étaient en voie de régression.

Irido-choroïdite séreuse.

Cette forme est plus rare que la précédente. Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord. Mais, tandis que les uns, comme Mooren et Laqueur, la croient exceptionnelle, la plupart, avec Donders, de Graëfe et Pagenstecher, l'ont rencontrée assez fréquemment. Souvent elle débute par une vive douleur qui, de la région ciliaire, s'irradie vers la tempe et le pourtour de l'orbite. Le cercle péri-kératique apparaît ; mais il est d'une rougeur plus discrète, la paupière n'est pas tuméfiée et la conjonctive est moins congestionnée. La cornée, l'iris et la chambre antérieure présentent des signes caractéristiques. La chambre antérieure est agrandie par une plus abondante exsudation d'un liquide moins limpide peut-être que d'habitude, mais jamais aussi trouble que dans la forme plastique. La surface interne de la cornée est le siége d'un pointillé spécial, qui semble dû à de petits dépôts sur la membrane de Descemet. L'iris est paresseux ; sa couleur a changé, elle a moins d'éclat ; mais il n'y a point de « croûtes fibreuses, » de pseudo-membranes, d'amas de matières plastiques ; le champ pupillaire est libre, parfois agrandi et presque immobile ; les synéchies sont rares et la tension oculaire est plus grande. Ces divers symptômes ont pu faire prendre cette altération pour un glaucôme commençant.

L'irido-choroïdite séreuse présente parfois une marche insolite. M. Dor, de Lyon, nous a communiqué l'observation d'un homme âgé d'environ 60 ans, qui se présenta chez lui, un 29 juin, au matin. Il avait, depuis plusieurs années, un décollement de la rétine de l'œil droit, accompagné d'une cyclite caractérisée par une vive douleur que réveillait la pression du corps ciliaire. Le globe oculaire était un peu atrophié, l'œil gauche venait de se prendre et offrait déjà tous les symptômes d'une irido-choroïdite séreuse : agrandissement de la chambre antérieure, fine ponctuation sur la membrane de Descemet, léger cercle péri-kératique et tension notablement augmentée ; à neuf heures du matin, la vision était encore bonne. Les symptômes inflammatoires dataient de trois ou quatre jours. M. Dor insista pour l'énucléation immédiate. Il était temps, car deux heures après, lorsqu'il se rendit chez le malade pour faire l'opération, celui-ci était tout à fait aveugle. L'énucléation fut faite au milieu des angoisses du patient qui croyait son œil définitivement perdu. Mais, le soir même, le bandeau fut soulevé : le malade avait recouvré la vue et au bout de huit jours, l'acuité visuelle était normale.

Cette forme est évidemment moins grave que l'irido-cyclite plastique, et l'intervention rapide a donné des succès ; or, on n'en compte guère dans la première forme. De Graëfe la range parmi les ophthalmies bénignes. Malgré de telles assurances, le pronostic doit être réservé parce que, entre les deux formes, on peut noter tous les intermédiaires. D'ailleurs l'irido-cyclite séreuse est par elle-même redoutable et peut déterminer la cécité complète. De Graëfe raconte que, deux fois, dans sa pratique, il fut très-péniblement affecté par l'issue d'irido-choroïdite séreuse dont les accidents étaient si peu marqués au début qu'il lui fallut la plus grande attention pour reconnaître le pointillé caractéristique sur la membrane de Descemet. Il pratiqua l'énucléation immédiate et cependant l'affection n'en continua

pas moins sa marche et se termina par une perte totale de la vue. Le bulbe oculaire s'atrophie ou bien une exsudation abondante de liquide peut distendre les membranes, refouler la sclérotique, augmenter le volume de l'œil et amener un véritable buphthalmos qui, parfois, devient le siége de douleurs excessivement vives.

L'irido-cyclite séreuse peut-elle donner naissance à un véritable glaucôme? Quelques auteurs répondent par l'affirmative et, dans certains cas, l'exsudation serait assez abondante pour que le globe acquière la tension caractéristique. Mais pourquoi le glaucôme sympathique est-il, en définitive, si rare? Faudrait-il que la cyclite de l'œil sympathisant fût de nature particulière pour provoquer, dans le second œil, l'apparition du glaucôme? Cette question est bien obscure, et Mooren, qui la discute avec soin, pense qu'une prédisposition spéciale des membranes de l'œil sympathisé est absolument nécessaire. En effet, lorsqu'un glaucôme se développe dans un œil, on sait qu'une iridectomie détermine parfois une attaque glaucomateuse dans le second œil.

On a rangé ce phénomène dans le cadre des ophthalmies réflexes, et voici l'explication de Mooren : l'opération faite sur le premier œil glaucomateux a retenti sur le second, soit par une traction de l'iris ou un enclavement, soit par une réaction inflammatoire quelconque. Mais ce second œil n'est pas sain ; il est en état « d'opportunité morbide, » et la diathèse qui a déterminé le glaucôme du premier œil, a déjà préparé l'attaque dont le second va être victime ; l'opération n'a été qu'un prétexte. Et voilà pourquoi l'iridectomie n'a point d'influence fâcheuse dans le traitement de ce qu'on pourrait appeler le « faux glaucôme, » dans le glaucôme hémorrhagique, par exemple. « Chaque fois que j'ai fait, nous dit-il, l'iridectomie sur un œil offrant les signes d'un glaucôme consécutif, d'un glaucôme à la suite d'apo-

plexie rétinienne, par exemple, sans que le second œi
présentât les symptômes du glaucôme ; je n'ai jamais v
l'altération sympathique prendre la forme glaucomateuse.

Lors donc qu'il y aura une prédisposition antérieure les accidents réflexes pourront se traduire par un tension exagérée de l'œil et par l'excavation de la papille Mais, lorsqu'on quitte le domaine de la théorie pou interroger directement les faits, on trouve fort pe d'observations concluantes. On constate bien, dans le diverses formes d'ophthalmies à distance, de vives névralgies et une plus grande dureté du globe oculaire, mai de Graëfe est peut-être un des seuls qui nous fourniss un cas assez probant de glaucôme sympathique. Un jeune homme avait eu, dès son enfance, l'œil gauche frappé d'amaurose. Cet œil était parfois le siége de poussées inflammatoires ; d'ailleurs il restait toujours irrité, un peu rouge, distendu, très-dur ; la pupille était dilatée au maximum ; à peine voyait-on une bande étroite du diaphragme rétracté. Le cristallin, transparent, permettait de reconnaître un décollement rétinien ; de temps en temps le cercle péri-kératique devenait plus marqué, des extravasations sanguines se faisaient dans la chambre antérieure. Ces phénomènes eurent une influence pernicieuse sur l'œil droit, dont la vue était déjà très-affaiblie, et dont la papille présentait une excavation à pente rapide. Le champ visuel se réduisant de plus en plus, de Graëfe pratiqua l'énucléation de l'œil gauche avec un tel succès qu'à partir du jour de l'opération, la marche du glaucôme cessa d'être progressive.

Nous avons vu combien les diverses formes d'ophthalmie sympathique ont une marche différente. Les unes détruisent l'œil d'une manière brutale et trois ou quatre jours suffisent pour déterminer dans les membranes profondes des troubles trophiques irrémédiables. D'autres

agissent d'une façon qui, pour être insidieuse, n'en chemine pas moins vers une issue funeste. D'autres enfin, et ici nous avons en vue les formes irritatives, peuvent, pendant un temps fort long, provoquer des troubles d'apparence grave destinés cependant à disparaître sans traces. Depuis longtemps on s'est demandé si ces variétés ne pouvaient pas succéder les unes aux autres: les troubles irritatifs donnent-ils naissance à de véritables ophthalmies, et, parmi celles-ci, les iritis bénignes se transforment-elles parfois en iritis malignes? Donders rejette cette opinion. Jamais, d'après lui, les névroses réflexes ne font présager d'une altération nutritive; si bien que jamais une irido-choroïdite séreuse ne doit être considérée comme le premier degré d'une irido-choroïdite plastique.

Le mode de traitement généralement employé a rendu presque impossible la solution de ce problème : l'œil étant énucléé dès que les accidents réflexes paraissent, on ne peut savoir la marche qu'aurait suivie l'affection abandonnée à elle-même. Du reste, la plupart des auteurs ne partagent point l'avis de Donders, que Rossander réfute comme fort dangereux. Il ajoute : « si de telles transformations ne se produisent pas sous les yeux du chirurgien instruit, c'est par la raison bien simple qu'il ne leur laisse pas le temps de se produire ; il serait impardonnable d'en agir autrement. » Un fait de Mooren nous semble d'ailleurs mettre en défaut l'opinion absolue de Donders. Il pratiqua une énucléation pour une irido-cyclite séreuse sympathique; la guérison fut rapide ; mais quelque temps après, la patiente revint et cette fois avec une irido-cyclite plastique.

Alt nous rapporte un fait plus démonstratif encore : « le malade, âgé de 9 ans, s'était piqué l'œil gauche sept années auparavant. Le 24 mai 1877, quand il ut conduit à l'oculiste, l'œil gauche présentait une irido-

choroïdite chronique avec synéchie complète et perte de la vision, l'œil droit une iritis séreuse sympathique. L'énucléation faite, tous les symptômes disparurent si vite dans l'œil droit que l'enfant put être renvoyé le 29 mai, cinq jours après son entrée. Mais bientôt il revint avec une inflammation nouvelle, une irido-cyclite plastique, et son acuité visuelle, de normale qu'elle était, s'abaissa considérablement. La synéchie était totale. Sous l'influence du traitement ordinaire l'état de l'œil s'améliora ; l'iridectomie pratiquée pour restaurer la vision et en même temps la santé de l'œil, n'eut point de résultat, le coloboma s'étant lentement refermé. Quand le patient sortit, au milieu de juillet, le syndrôme inflammatoire était faible et l'acuité visuelle très-améliorée. Ainsi finit l'observation, mais non, je le crains, l'histoire des malheurs de l'enfant. »
D'ailleurs tous les intermédiaires paraissent exister entre la forme séreuse et la forme plastique. D'autre part, les véritables inflammations ont souvent comme prodrômes les signes des formes irritatives, le larmoiement, la photophobie, les douleurs ciliaires. On voit combien le problème soulevé par Donders est difficile à résoudre. Le mieux est de rester dans une prudente réserve.

Formes rares.

L'irido-choroïdite que nous venons de décrire a été la seule forme connue des premiers observateurs. Les autres variétés qu'il nous reste à étudier sont d'ailleurs fort rares, et c'est à peine si, de loin en loin, on publie quelque fait où les accidents sympathiques se traduisent par l'altération d'une autre membrane que le tractus uvéal. Le caractère exceptionnel de ces observations et la difficulté de leur contrôle nécessitent, de notre part, une extrême

prudence ; aussi ne décrirons-nous aucune de ces variétés sans nous appuyer sur des observations. Nous étudierons successivement, en allant de la superficie de l'œil à ses régions profondes, les kératites et les irido-kératites, puis les chorio-rétinites, les décollements de la rétine et les rétinites, enfin, les troubles vasculaires et les atrophies de la papille.

La *kératite sympathique* date de 1864, où elle fut signalée pour la première fois par Rheindorf. M. Galezowski en a donné quelques observations et, depuis, elle est généralement acceptée comme accident réflexe possible. Il est vrai que, longtemps avant ces auteurs, on avait noté des troubles graves de la cornée, des leucômes, des vascularisations, de véritables pannus, et même l'ulcération et la fonte de cet organe. Mais ces altérations étaient consécutives aux désordres provoqués par une irido-choroïdite plastique ; il n'y avait point là un accident primitif, et les observations qu'on trouve dans la thèse de Rondeau n'ont point d'autre valeur. Nous n'avons à décrire ici que les lésions sympathiques atteignant d'abord la cornée, ou bien la cornée et l'iris, car ces deux organes sont souvent pris simultanément. Nous devons exclure de notre étude certaines affections qu'on décrit sous le nom d'irido-kératite ponctuée, affections relativement fréquentes. Nous les connaissons déjà : elles rentrent dans les aquo-capsulites et les irido-cyclites séreuses dont nous nous sommes occupés.

L'existence de ces kératites repose-t-elle sur des faits bien solides ? La lecture des observations pourrait laisser quelques doutes. Nous avons surtout cherché les kératites sympathiques consécutives à des traumatismes, pour éliminer l'influence de la diathèse qui aurait déterminé les lésions du premier œil. Sur les cinq observations de Vignaux, deux seulement succèdent à des violences extérieures. Nous ne parlerons pas de la première

(Obs. XXV), où l'on ne nous dit rien de la constitution du malade. Nous savons seulement qu'un traumatisme le priva de l'œil gauche, que le moignon en resta douloureux. Un an après, l'œil droit offrait tous les symptômes d'une iritis chronique; la cornée était ulcérée sans trace de vascularisation. M. Laroyenne pratiqua l'énucléation de l'œil traumatisé, mais sans succès, car le deuxième jour la cornée se perfora et l'œil se vida. La seconde observation est plus importante. Un jeune homme de dix-sept ans reçoit un coup de bille sur l'œil droit; des accidents graves surviennent, mais la vue ne se perd pas tout à fait. Le malade passe une nuit dehors et les douleurs, qui avaient cessé dans l'œil blessé, reparaissent. Des troubles graves éclatent alors dans l'œil droit; il y a du blépharospasme, de la photophobie; la cornée est dépolie, et l'on trouve à sa surface de petites phlyctènes et des ulcérations superficielles. Nous n'insisterons pas sur les détails de cette observation, que nous transcrirons à la fin de notre travail. Disons seulement que les accidents furent si tenaces que M. Gayet pratiqua l'énucléation, quoique l'œil sympathisant ne fût pas complétement perdu. Bien lui en prit, puisque tous les accidents disparurent et que, onze mois après l'opération, la vision s'améliorait encore. Ce cas est-il absolument démonstratif? Non, car le malade était scrofuleux. Dans une troisième observation, l'énucléation donne également un fort beau succès, mais la scrofule est encore expressément notée, et voilà pourquoi nous faisons des réserves. Cependant nous devons noter que l'énucléation a fait disparaître des accidents rebelles à tout autre traitement. Aussi croirions-nous volontiers que les accidents réflexes se sont précisément développés sur la cornée, parce qu'on avait affaire à des scrofuleux. La cornée, dans leur œil, est un lieu de moindre résistance; c'est sur elle que réagissent d'abord les excitations funestes. Nous tenons d'autant plus à cette explication, que nous devons à M. Dransart une

observation inédite de kératite de l'œil gauche survenue chez un scrofuleux, dont l'œil droit était depuis longtemps converti en un moignon irrité. L'énucléation fut pratiquée et les accidents disparurent rapidement, en laissant une petite taie qui ne gênait en rien la vision.

Dans les observations que nous avons lues, les accidents ne sont pas toujours identiques. Parfois l'affection revêt l'aspect d'une véritable kératite phlycténulaire ou scrofuleuse : blépharospasme, larmoiement, photophobie intense ; la paupière se ferme convulsivement sur le globe oculaire ; le malade évite la lumière avec le plus grand soin, et les larmes, sécrétées en grande abondance, s'écoulent le long de la joue. Si l'on soulève la paupière, on voit une rougeur, souvent très-vive, de la conjonctive, une phlycténule ou des ulcérations en coup d'ongle et une traînée de vaisseaux qui se dirigent vers la perte de substance. Parfois les accidents sont moins pénibles : on constate des exsudats interstitiels ; des leucômes se forment, ou bien encore un pannus plus ou moins épais ; il y a aussi quelques troubles du côté de l'iris, des dépôts plastiques, des exsudations séreuses. Pour terminer, nous dirons que nous cherchons encore une observation où un traumatisme, ayant atteint l'œil chez un individu vigoureux et sans diathèse, aura déterminé une kératite, comme accident réflexe primitif.

Les troubles sympathiques qui retentissent sur la *rétine* sont également fort rares, et varient presque autant que les observations authentiques. Le plus souvent les altérations sont complexes : en même temps que la rétine, le tractus uvéal est envahi dans tout ou partie de son étendue. C'est l'affection décrite sous le nom de choroï-rétinite. D'autres fois la rétine seule est atteinte ; mais, tandis que, dans certains cas assez rares, on observe une véritable rétinite, les troubles vasculaires et nutritifs ont généralement pour siége la papille, où l'on constate divers

accidents, de simples modifications inflammatoires aux exsudations, aux atrophies et aux excavations. Ce qui les distingue des inflammations ordinaires du tractus uvéal, c'est que ces altérations sont appréciables seulement au moyen de l'ophthalmoscope sans qu'il y ait d'autres signes extérieurs. C'est là une distinction clinique importante, car le diagnostic de ces variétés devient impossible sans le secours de cet instrument.

L'histoire des formes rétiniennes de l'ophthalmie réflexe ne remonte pas bien haut : avant 1865 on n'en avait encore aucune notion précise, car la rétinite sympathique de Mackenzie n'était qu'une hypothèse imaginée pour appuyer une théorie. A partir de cette époque, les observations se multiplient : Rheindorf, Dolbeau, Galezowski, de Graëfe et Mooren signalent la rétinite et la rétino-choroïdite; Rondeau et Mooren l'atrophie de la papille, et de Graëfe son excavation. Enfin, en 1873, notre collègue et ami, M. Dransart, étudie avec soin certaines formes caractérisées au début par de simples troubles dans la circulation, mais qui ne seraient, en définitive, que le premier degré de l'atrophie papillaire, et il cite un fait remarquable, observé avec son maître, le Dr Abadie. Depuis il a continué ses recherches et s'est de plus en plus convaincu de l'existence relativement fréquente de la variété que nous allons décrire.

D'après les observations qu'il nous donne, les *troubles vasculaires de la papille* sont toujours d'origine traumatique. A la suite de la blessure d'un œil, le congénère se prend de douleurs assez vives, qui siégent parfois dans le point correspondant à la plaie de l'œil traumatisé ; puis survient un abaissement dans l'acuité visuelle, bien qu'à l'extérieur aucun signe ne révèle les troubles de l'œil secondairement atteint. La cornée et l'iris sont sains, les milieux transparents, et l'on peut, à l'ophthalmoscope, voir distinctement la papille. C'est à ce niveau que l'on constate

les lésions; les vaisseaux n'ont plus leur calibre primitif, les veines sont tortueuses et congestionnées, les artères petites, filiformes : à peine reçoivent-elles un mince filet de sang, et l'on y perçoit le pouls artériel; elles peuvent être même presqu'exsangues et offrir l'aspect de cordons blanchâtres : il y a là une véritable tétanie artérielle. Il faut évidemment établir une relation de cause à effet entre les troubles fonctionnels et les troubles circulatoires ; car, dans la première observation de Dransart, que nous avons résumée à l'article *Pathogénie*, chaque opération à l'œil traumatisé régularisait la circulation de la papille et faisait remonter l'acuité visuelle. Parmi les faits nouveaux que nous a communiqués M. Dransart, nous citerons celui d'un tisseur d'Ossy qui, en 1871, à la bataille de Coulmiers, fut blessé à l'œil droit, qu'il perdit complétement. Au mois de décembre 1876, notre homme s'aperçut que la vue dans l'œil gauche avait baissé de moitié ; il n'y avait aucun trouble extérieur et les milieux étaient transparents, mais l'ophthalmoscope montrait, au niveau de la papille, l'existence des troubles circulatoires que nous avons décrits. Le 21 décembre, l'énucléation est pratiquée, le 30, le malade quitte la clinique ; le calibre des artères est devenu normal et l'acuité visuelle remontée d'un tiers.

Cette première variété peut-elle donner naissance à la neuro-rétinite et provoquer consécutivement l'atrophie papillaire ? M. Dransart répond affirmativement : pour lui les troubles de la circulation déterminent tôt ou tard des altérations nutritives. Nous nous sommes expliqué sur cette question de doctrine et nous ne reviendrons pas ici sur les raisons majeures qui nous font rejeter, *en général*, cette pathogénie des troubles trophiques. Au point de vue particulier des atrophies papillaires, nous sommes moins affirmatif, et l'on conçoit à la rigueur qu'une circulation défectueuse, longtemps prolongée, puisse provoquer une lésion si peu profonde et si

limitée. Quoi qu'il en soit, cette atrophie de la papille existe, comme manifestation des accidents à distance, et on en rencontre plusieurs observations.

Depuis quelques années, on connaît les deux cas de Rondeau, celui de Mooren et celui de Pooley ; récemment de nouveaux faits ont été publiés, entre autres par Abadie et Dransart. M. Galezowski a inséré, l'année dernière, dans le *Recueil d'ophthalmologie*, l'observation d'un employé de M. Didot qui se fit une plaie pénétrante de l'œil. Le processus inflammatoire provoqua rapidement l'atrophie du globe. Quelques mois après, comme toute douleur avait disparu, le moignon fut recouvert d'un œil artificiel. Mais au bout d'un an la vue baissa tout à coup ; le malade n'y voyait plus pour se conduire. M. Galezowski pratiqua l'examen à ophthalmoscope et constata tous les signes d'une névrite optique. La papille semble infiltrée, elle est trouble et grisâtre, les vaisseaux dilatés et tortueux. L'énucléation se fait sans résultat immédiat; la vue continue de s'affaiblir, mais seulement pendant quelques jours, car bientôt la névrite diminue ; le malade peut compter ses doigts et se conduire dans les rues.

A ces cas de neuro-rétinites et d'atrophies de la papille, nous pourrions en ajouter plusieurs autres dus à de Graëfe et à Pooley. Alt a communiqué trois faits nouveaux au Congrès de New-York, en 1876. Mais en compulsant ces observations, que voyons-nous ? On trouve bien les lésions caractéristiques de la neuro-rétinite et de l'atrophie de la papille : les veines sont dilatées et flexueuses, les artères filiformes ; le disque papillaire est congestionné et semble faire saillie au fond de l'œil; parfois quelques exsudats blanchâtres se détachent sur le fond rouge du tissu injecté ; les bords de la papille sont diffus ; puis, à une nouvelle période, la congestion disparaît peu à peu ; des teintes grisâtres succèdent à la coloration rosée et les parois des vaisseaux sont épaissies par l'adjonction de cellu-

les nouvelles. Mais ces altérations limitées sont un fait exceptionnel, et, dans la plupart des cas, la neuro-rétinite et l'atrophie consécutive se compliquent de troubles plus ou moins profonds dans les autres membranes. On a surtout noté les diverses formes de la choroïdite, l'irido-cyclite et les décollements de la rétine. Dans les deux cas de M. Abadie, l'œil sympathisé présentait une cataracte avec atrophie papillaire. Celle-ci, dans les deux observations de Rondeau, se compliquait de décollement rétinien et de choroïdite. Chez le malade de Pooley, une irido-choroïdite précèda la neuro-rétinite. Dans les observations d'Alt, les altérations du disque nerveux s'accompagnaient de troubles du tractus uvéal. Il ne reste donc que trois ou quatre faits où la névrite optique et l'atrophie papillaire ne se sont compliquées d'aucune manifestation morbide vers les autres membranes de l'œil. Dans les sept cas sur lesquels Alt a basé son étude, et qui d'ailleurs sont compris dans notre relevé, trois avaient pour origine un traumatisme, quatre une affection spontanée de l'œil sympathisant.

Nous devons ajouter le *décollement de la rétine* aux formes très-rares d'ophthalmie réflexe se rattachant aux altérations de cette membrane. Dans un certain nombre de cas, ce décollement survient, peut-être, comme complication de troubles nutritifs du segment postérieur de l'œil ; mais comme accident isolé, il est tout à fait exceptionnel. Vignaux en rapporte deux observations, dont l'une est plus que douteuse. La seconde a de la valeur ; nous n'y trouvons cependant aucun signe de certitude, car l'affection de l'œil sympathisant est spontanée, ce qui réveille l'idée d'une diathèse, et l'énucléation ne produisit aucune amélioration. La seule circonstance qui plaide ici en faveur de la nature sympathique du décollement, c'est qu'il coïncidait avec une recrudescence douloureuse dans le moignon. Mais nous avons, de M. Boucheron, une ob-

servation inédite qui nous semble plus démonstrative.

Un homme de 34 ans, vigoureux, bien portant, vient consulter M. Boucheron pour des troubles de la vue. A 10 ans, il avait eu l'œil droit crevé d'un coup de couteau ; le globe s'était atrophié et, depuis, il s'était fait une ossification de la choroïde. La pression sur cette masse dure réveille de vives douleurs ; du reste, ce moignon est devenu résistant, tendu, rouge, et l'on constate une injection périkératique. Pendant une de ces poussées inflammatoires l'œil gauche se prend à son tour. Un point douloureux circonscrit se manifeste à la pression dans la région qui correspond directement au point douloureux de l'œil sympathisant. Du reste, rien de bien remarquable à l'extérieur. Peut-être l'iris est-il un peu paresseux. Mais l'examen ophthalmoscopique révèle des altérations du corps vitré et un décollement de la rétine, reconnu à la fois par M. Boucheron et par le professeur Trélat. Ce dernier pratique l'énucléation du globe calcifié, mais le décollement de la rétine n'en continue pas moins son évolution ; bientôt la cécité est complète.

Cette observation-là ne donne guère prise à la critique. D'abord on ne saurait invoquer la diathèse : l'homme était de fort bonne santé, nullement alcoolique, et comme prédisposition, on ne nous signale qu'un très-léger degré de myopie. L'œil sympathisant avait été détruit par une cause traumatique ; une coque osseuse s'était formée dans le moignon, et nous savons l'influence de ces coques sur le développement de l'ophthalmie à distance. Les accidents ne survinrent, dans le second œil, qu'à la suite d'une poussée douloureuse et d'un réveil inflammatoire dans le bulbe atrophié. Enfin l'existence du point de de Graëfe vint confirmer le diagnostic de MM. Trélat et Boucheron ; si l'énucléation resta sans effet, il faut sans doute l'attribuer à ce que l'opération fut faite trop tard, quand déjà les lésions étaient irrémédiables.

Des développements qui précèdent, il ressort, en résumé, que l'inflammation du tractus uvéal est de beaucoup l'affection sympathique la plus fréquente. C'est donc une iritis, une irido-choroïdite que l'on observera dans le plus grand nombre des cas. Cette inflammation peut être plastique ou séreuse; la première, la plus commune, est malheureusement aussi la plus grave, et nous verrons que souvent le traitement ne peut en arrêter la marche. L'irido-choroïdite séreuse, d'un pronostic moins fâcheux, s'accompagne parfois d'accidents de glaucôme, de dilatation de la pupille, de tension oculaire exagérée, et peut-être même d'excavation papillaire. Voilà pour les formes communes. Mais il n'est guère d'altération de l'œil qui n'ait été observée d'une manière plus ou moins exceptionnelle, et toutes les membranes peuvent être le siége de troubles sympathiques primitifs ou secondaires. Nous avons cité des exemples de kératite et d'irido-kératite; nous avons montré la série des troubles nutritifs qui atteignent la rétine, depuis les simples congestions de la papille jusqu'à son atrophie, et comment l'inflammation de la membrane nerveuse se communique à la choroïdite sous-jacente. Nous avons enfin insisté sur l'enchaînement de ces altérations trophiques, et nous avons vu comment, sous la dépendance de l'inflammation d'une des membranes, il peut y avoir des troubles du corps vitré, des hémorrhagies, des décollements de la rétine, des opacités du cristallin, des épaississements de la cornée et, enfin, une atrophie du globe oculaire. Mais, d'autre part, nous savions déjà que les accidents sympathiques ne se traduisent pas toujours par des lésions appréciables, et, sous le titre de « troubles fonctionnels, » nous avons étudié un certain nombre de phénomènes : amblyopie, fatigue de l'accommodation, photophobie, névralgie ciliaire, larmoiement, tous symptômes souvent observés, mais d'une pathogénie encore bien obscure.

TABLEAU

RÉSUMANT TRENTE-SIX OBSERVATIONS INÉDITES

D'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE

Le tableau que nous allons transcrire ne saurait, à aucun titre, représenter une moyenne. Il ne s'agit point d'une série de faits recueillis au jour le jour et selon les hasards de l'observation. Les cas que nous relatons nous ont été communiqués par des chirurgiens différents ; ils ont probablement été choisis au milieu d'un grand nombre. C'est dire que les formes rares prennent ici une importance numérique qu'elles n'ont pas en réalité.

OBSERVATIO[NS]

AGE du MALADE.	LÉSION PRIMITIVE DE L'ŒIL sympathisant.	ÉTAT DE L'ŒIL sympathisant au début des accidents sympathiques.	TEMPS ÉCO[ULÉ] depuis la lésion primitive
29 ans.	Coup de pierre sur l'œil gauche.	Hydrophthalmie ; cataracte pierreuse ; crises névralgiques irradiées.	15 ans
47 ans.	Violente contusion de l'œil gauche.	Phlegmon de l'orbite.	8 jours
15 ans.	Coup de serpe dans l'œil gauche.	Irido-cyclite plastique ; dégénérescence fibreuse de l'iris.	17 moi[s]
17 ans.	Coup de pierre dans l'œil gauche.	Décollement de la rétine.	3 ans 1[/2]
42 ans.	Plaie du sourcil gauche, irido-choroïdite.	»	2 ans
11 ans.	Plaie cornéo-scléroticale de l'œil droit par éclat de capsule.	Moignon enflammé; cataracte.	18 mo[is]
34 ans.	Plaie pénétrante cornéo-scléroticale.	Moignon douloureux ; ossification de la choroïde.	24 a[ns]
14 ans.	Plaie cornéo-scléroticale par fragment de capsule.	Moignon douloureux.	10 m[ois]
9 ans.	Perte de l'œil gauche par coup de pierre.	Moignon douloureux.	5 a[ns]
14 ans.	Plaie cornéo-scléroticale à gauche par éclat de bois.	Irido-choroïdite plastique.	15 jo[urs]
10 ans.	Perte de l'œil par coup de pierre.	Moignon douloureux.	4 a[ns]

s

…CCIDENTS …MPATHIQUES.	TRAITEMENT.	RÉSULTAT.
…bie et larmoiement.	Extraction de la cataracte; puis énucléation.	Disparition des souffrances; amélioration de la vue.
…roïdite plastique.	Enucléation.	Amélioration momentanée: puis perte progressive de la vue.
…itite ponctuée.	Enucléation.	Arrêt momentané, puis récidive des accidents.
Rétinite.	Enucléation.	Amélioration notable.
… du nerf optique.	Nul.	Cécité.
Cyclite.	Enucléation.	Amélioration rapide.
…ement rétinien.	Enucléation.	Cécité.
Cyclite.	Enucléation.	Guérison.
…mblyopie.	Enucléation.	Guérison.
…mblyopie.	»	»
…ent; photophobie.	Enucléation.	Guérison.

AGE du MALADE.	LÉSION PRIMITIVE DE L'ŒIL sympathisant.	ÉTAT DE L'ŒIL sympathisant au début des accidents sympathiques,	TEMPS É dep la lé primi
4 ans.	Plaie cornéenne avec enclavement de l'iris.	Atrophie.	6 m
49 ans.	Traumatisme.	Moignon douloureux.	12 a
37 ans.	Blessure de l'œil gauche.	»	16
60 ans.	Atrophie spontanée de l'œil droit.	Moignon insensible.	
17 ans.	Exophthalmie et amblyopie spontanée à droite.	Poussées inflammatoires; vives douleurs.	
52 ans.	Atrophie spontanée dès l'enfance.	Moignon douloureux.	43
17 ans.	Atrophie spontanée.	Moignon douloureux.	Plusie
41 ans.	Atrophie lente à la suite d'un coup.	Moignon insensible.	13
35 ans.	Atrophie spontanée.	Moignon douloureux.	30
50 ans.	Atrophie spontanée.	Moignon douloureux.	Plu an
25 ans.	Abcès de la cornée.	Poussées glaucomateuses.	Plu an
37 ans.	Iritis spontanée.	Orbite enflammé par un œil artificiel.	10
37 ans.	Iritis spontanée.	Orbite enflammé par un œil artificiel.	4

ACCIDENTS SYMPATHIQUES.	TRAITEMENT.	RÉSULTAT.
ido-choroïdite.	Enucléation.	Guérison.
ido-choroïdite.	Enucléation.	Guérison.
rido-kératite.	Nul.	Cécité.
horoïdite plastique; ité du cristallin.	Iridectomie à gauche; puis extraction de la cataracte.	Récupération d'une partie de l'acuité visuelle.
Amblyopie.	Enucléation.	Amélioration rapide; rechute; cataracte et atrophie de l'iris.
ulcéreuse à répétition.	Enucléation.	Guérison.
ratite ulcéreuse.	Enucléation.	Guérison.
choroïdite et décollement de la rétine.	Enucléation.	Guérison.
ratite ulcéreuse.	Enucléation.	Guérison.
ratite vasculaire.	Enucléation.	Guérison.
Amblyopie.	Enucléation.	Guérison.
Iritis.	Enlèvement de l'œil artificiel.	Guérison.
lyopie; névralgies.	Enlèvement de l'œil artificiel.	Guérison.

AGE du MALADE.	LÉSION PRIMITIVE DE L'ŒIL sympathisant.	ETAT DE L'ŒIL sympathisant au début des accidents sympathiques.	TEMPS É depu la lés primiti
53 ans.	Ulcère ; phlegmon de l'œil.	Moignon douloureux.	»
60 ans.	Ulcère de la cornée ; phlegmon de l'œil.	Moignon douloureux.	»
40 ans.	Accidents glaucomateux.	Atrophie.	8 an
28 ans.	Irido-choroïdite plastique spontanée.	Globe dur et tendu ; synéchies de l'iris.	11 mo
25 ans.	Plaie de l'œil gauche.	Moignon douloureux.	»
11 ans.	Ophthalmitis.	Douleurs vives.	»
34 ans.	Plaie de l'œil gauche.	Moignon douloureux.	»
67 ans.	Pustule variolique.	Moignon douloureux.	60 a
44 ans.	»	Coque osseuse ; douleur à la pression.	»
24 ans.	Abcès de l'œil droit.	Coque osseuse ; Moignon douloureux.	20 an
38 ans.	Eclat de fer dans l'œil gauche.	Amaurose.	Peu de t
40 ans.	Blessure de l'œil gauche par éclat de verre.	Moignon douloureux.	»

ACCIDENTS SYMPATHIQUES.	TRAITEMENT.	RÉSULTAT.
·pérémie papillaire.	Enucléation.	Guérison.
›phie du nerf optique.	Nul.	Cécité.
Irido-choroïdite.	Enucléation.	Amélioration notable.
Irido-choroïdite.	Enucléation.	Amélioration.
›-choroïdite antérieure.	Nul.	Cécité.
ypérémie papillaire.	Enucléation.	Guérison.
·pérémie papillaire.	Enucléation.	Guérison.
Irido-kératite.	»	»
·pérémie papillaire.	Enucléation.	Guérison.
ıcité du corps vitré ; phie du nerf optique.	»	»
ypérémie papillaire.	Enucléation.	Guérison.
ıphylôme postérieur.	Énucléation.	Guérison.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Les diverses formes de l'ophthalmie sympathique ne tirent aucun caractère spécial de leur origine particulière. Elles ne diffèrent en rien des affections du même genre, et l'irido-choroïdite est toujours identique à elle-même, qu'une diathèse la suscite ou que son apparition soit déterminée par les altérations du congénère. On a cherché cependant des signes distinctifs. Critchett a prétendu que, dans les inflammations sympathiques, l'iris devient charnu, épais, rigide et coriace; qu'il paraît spongieux à la section, et qu'au lieu de se déchirer il résiste avec une certaine énergie; quelquefois même, dans les iridectomies, on ne peut l'amener au dehors. Puis les dépots plastiques sont plus abondants; à peine une brèche irienne est-elle pratiquée, qu'un exsudat nouveau l'oblitère et que le champ de la pupille se trouve encore obstrué. Peut-être ces signes ont-ils quelque valeur lorsqu'on prend en bloc une masse de faits; mais les exceptions sont si fréquentes, les caractères donnés par Critchett si vagues, qu'ils n'autorisent pas à diagnostiquer une ophthalmie réflexe. Les véritables indications nous sont fournies par l'examen simultané des deux yeux.

Nous avons vu que toutes les affections d'un œil n'ont pas une égale tendance à réagir sur le congénère; et nous savons que le traumatisme expose plus aux accidents à distance que les lésions spontanées. Nous savons aussi

que, parmi les traumatismes, ceux qui intéressent la zone ciliaire ou qui se compliquent de la présence de corps étrangers, sont de beaucoup les plus redoutables ; nous savons enfin que, parmi les maladies idiopathiques de l'œil, celles qui provoquent un tiraillement des nerfs ciliaires, une irritation continue de leurs terminaisons, ont l'influence la plus pernicieuse, et qu'à ce titre, les leucômes adhérents, les staphylômes, les ectasies de la région ciliaire, puis les calcifications du cristallin, les ostéômes de la choroïde sont fort inquiétants pour la sécurité du second œil. Ces circonstances étiologiques devront être prises en sérieuse considération ; quand on les rencontrera, la nature sympathique de l'affection devra toujours être soupçonnée. D'ailleurs, en même temps, on constatera des phénomènes d'une importance capitale.

L'œil primitivement atteint, et dont on suspecte l'action délétère, est parfois enflammé et douloureux parce que les accidents dont il souffre sont encore à l'état aigu; mais, le plus souvent, la maladie première est déjà bien loin, le globe oculaire a perdu ses fonctions, il s'est transformé en un moignon atrophié resté longtemps indolore, mais qui tout à coup se réveille, s'irrite, rougit et devient le siège de névralgies intenses. A ce moment, si quelques troubles fonctionnels ou nutritifs apparaissent dans le second œil, on a tout lieu de croire qu'il s'agit d'accidents sympathiques ; mais, avant le développement des symptômes, et dès la première poussée aigüe du moignon, le chirurgien prudent aura exploré chaque jour l'œil indemne, et peut-être qu'avant toute autre manifestation, et dans une région bien circonscrite sur le pourtour de la cornée, il aura trouvé le point douloureux de de Graëfe : alors tous les doutes seront levés.

C'est donc l'analyse des phénomènes, l'étude de leur enchaînement, et non l'existence d'un caractère particulier qui établit le diagnostic de l'opthalmie réflexe.

y a cependant un signe considéré comme pathognomonique. Un œil étant le siége de lésions nutritives, des accidents éclatent dans le congénère; on extirpe le premier œil et les troubles du second disparaissent. La cause n'est plus, l'effet cesse : la démonstration est de toute évidence. Présenté en ces termes, le problème n'a pas d'autre solution ; mais les faits ne sont pas toujours aussi simples. Quand le premier œil a été blessé, avant d'accepter son influence nocive, il faut seulement rechercher si quelque cause locale ou générale n'explique pas plus naturellement les accidents dont le second œil est le siége. Mais quand le premier œil est atteint par une affection spontanée diathésique ou constitutionnelle, il est bien difficile d'établir la relation de cause à effet entre sa maladie et celle du second, car la diathèse qui a frappé le premier œil peut, au même titre, déterminer plus tard l'envahissement de son congénère. C'est alors qu'il faudra tenir le plus grand compte des circonstances spéciales que nous avons déjà signalées : poussées aiguës, recrudescences douloureuses dans le moignon, apparition du point douloureux de de Graëfe. Tous ces symptômes devront être réunis pour entraîner la conviction.

La multiplicité des traitements enlève parfois à l'énucléation le caractère pathognomonique qu'on a voulu lui attribuer. Est-ce l'extirpation de l'œil ou quelque autre remède simultané qui, dans tel cas particulier, amène la rapide amélioration qu'on observe? Mooren cite un fait très-intéressant pour démontrer que lorsque la lésion du premier œil est de nature syphilitique, il ne faut pas rejeter pour cela l'idée d'une affection d'origine sympathique chez le second. Un homme prend la vérole en 1856 ; pendant 10 ans, on constate une longue série d'accidents spécifiques, puis survient une iritis de l'œil droit, avec dépôts gommeux fort abondants. Le traitement, abandonné plusieurs fois, donne à chaque reprise une amélioration

réelle. Au milieu d'une nouvelle attaque, le malade vint consulter Mooren, qui reconnaît une irido-cyclite, avec synéchies circulaires, et ordonne le traitement mercuriel, qui n'est pas suivi. Le globe s'atrophie, et, en 1869, la perte de la vision est complète. A ce moment, l'œil gauche devient sensible à la lumière, l'accommodation est gênée, l'acuité visuelle faiblit des deux tiers. Mooren ordonne des frictions mercurielles et n'observe qu'une légère diminution des accidents. Il se décide alors à extirper l'œil, tout en continuant l'emploi de l'hydrargyre. Quelques jours après, les fonctions de l'œil gauche se rétablissent, et, au bout d'un mois, le malade est guéri. Est-ce du fait de l'énucléation? Probablement; mais le mercure peut aussi revendiquer sa part de guérison.

La destruction complète d'un œil par la maladie primitive, et même son énucléation, ne doivent pas faire écarter *à priori* l'idée d'une ophthalmie réflexe. Certainement, l'apparition des accidents à distance, après extirpation de l'œil, est d'une excessive rareté. M. Lawson, dont on sait la grande pratique, nous écrit qu'il n'en a jamais observé de cas. Il en existe cependant; lorsque le bulbe atrophié a été énucléé, les nerfs ciliaires compris dans la cicatrice peuvent être irrités et devenir le point de départ des troubles de l'autre œil. Un fait de Mooren est caractéristique. La loge orbitaire était rouge, enflammée sous l'influence d'une coque artificielle; les accidents de l'œil sympathisé s'apaisaient quand on retirait le globe de verre. Il y a, dans la science, un certain nombre de cas de ce genre. Il n'est pas nécessaire que les terminaisons nerveuses soient contenues dans l'œil pour que leur irritation devienne funeste. Après avoir traversé la sclérotique, les nerfs ciliaires peuvent encore s'enflammer et évoquer des accidents dans l'œil du côté opposé. Nous avons même vu qu'il n'est pas toujours besoin des nerfs ciliaires et que dans certains cas, les troubles

morbides ont eu pour lieu de départ l'arcade sourcilière et les rameaux du frontal.

Nous ne rapprocherons pas de ces observations les trois cas rassemblés par Schweigger et où des troubles sympathiques éclatèrent dans un œil, absolument indemne jusque-là, deux jours, quatre jours et neuf jours après l'énucléation. Il est probable — et ces faits viendraient à l'appui de notre théorie pathogénique — que, lorsque l'opération fut pratiquée, la névrite du trijumeau existait déjà, mais n'avait pas encore envahi le nerf du côté opposé.

En s'entourant de toutes ces précautions, en tenant compte de tous ces éléments, on saura relier l'affection du second œil à celle du premier. Il faudra se rappeler les formes multiples que revêtent parfois les troubles sympathiques; si l'on ne songeait qu'à la possibilité d'une irido-cyclite plastique ou séreuse bien nettement caractérisée, on laisserait s'établir, avant de songer à les combattre, les formes insidieuses dont la gravité est très-grande, bien qu'elles ne se révèlent souvent par aucun signe extérieur : on méconnaîtrait la nature des troubles fonctionnels, ainsi que ces variétés rares, la rétinite, l'atrophie de la papille et les kératites sympathiques, lésions qui n'empruntent à leur origine aucun signe particulier et que la sagacité du chirurgien permettra seule de rattacher à leur véritable cause.

On n'aura point encore échappé à toutes les chances d'erreur. Même pour les variétés, dont le diagnostic semble écrit à l'avance, les esprits les plus déliés peuvent se trouver en défaut. L'ophthalmie réflexe provoquée par un sarcôme de la choroïde a une existence parfaitement connue; c'est même la moins contestable des variétés que fait naître une altération spontanée de l'œil sympathisant. A ce propos, cependant, une erreur a été récemment commise et par le chirurgien dont la compé-

tence en pareille matière est certainement la plus indiscutable. Le professeur Trélat reçoit dans son service un homme de 30 ans dont l'œil gauche porte une tumeur située dans le segment postérieur, non loin de l'insertion cornéale. Cette tumeur provient évidemment des membranes profondes ; elle a distendu la sclérotique, qui est très-amincie et laisse voir par transparence la teinte sombre de la choroïde. Le malade raconte d'ailleurs qu'il y a 18 mois, la vue s'est troublée sans cause appréciable; elle a baissé progressivement, et maintenant elle est perdue. La sclérotique est rouge, la cornée se vascularise, et des douleurs, jamais ressenties jusqu'alors, surviennent avec une grande violence ; en même temps, la vue de l'œil droit, jusqu'alors absolument intacte, commence à se troubler, et bientôt le malade ne peut plus se conduire. Il entre à l'hôpital et M. Trélat constate l'existence d'une tumeur de l'œil gauche ; il pense à un sarcôme de la choroïde ; quant aux accidents de l'œil droit, il les attribue à une ophthalmie sympathique. L'énucléation est pratiquée et l'examen microscopique démontre qu'il s'agit, non d'un sarcôme, mais d'une masse tuberculeuse. Les troubles de l'œil droit n'étaient pas dus à une ophthalmie réflexe, mais bien à l'envahissement de tubercules dont les granulations caractéristiques pouvaient dès lors se voir sur la membrane irienne.

CHAPITRE VI

Traitement.

Depuis que l'ophthalmie sympathique a été définitivement reconnue, son mode de traitement a beaucoup varié Les méthodes les plus diverses ont été proposées et chacune a été l'objet de discussions très-vives. Toutefois les divergences ne sont pas aussi grandes qu'on pourrait le croire au premier abord : de tant de procédés si différents, en apparence, se dégage une certaine unité de vue, et tous les chirurgiens ont compris la nécessité de supprimer par un moyen quelconque l'œil primitivement atteint, d'où viennent tous les accidents. Cette notion a toujours dominé la thérapeutique. On peut même dire qu'ici un traitement rationnel a devancé de plusieurs années la connaissance exacte de l'affection contre laquelle on l'instituait : Mackenzie ne devait isoler et définir l'ophthalmie réflexe qu'en 1844, vingt-cinq ans après qu'à l'imitation des vétérinaires, Wardrop avait imaginé de détruire l'œil traumatisé.

Enlever un œil, même désorganisé, c'est une opération qui devait paraître fort grave. Les hésitations furent grandes ; on lutta longtemps avant de se résoudre à ce sacrifice, et même on lutte encore : beaucoup se demandent s'il est absolument indispensable, si des incisions, des abrasions de la cornée, des sections de nerf, des opérations partielles ne peuvent pas détruire les influences nocives de l'œil, tout en conservant le plus possible de cet organe.

Ces préoccupations ont fait naître une foule de procédés que nous exposerons tous, mais brièvement, car ils dérivent en réalité d'un même principe : supprimer l'action funeste que l'œil irrité exerce sur le congénère. Comme l'énucléation est le moyen le plus prompt, le plus radical, le meilleur, le plus généralement employé, c'est cette méthode que nous étudierons avec le plus grand soin. Dans une première partie, nous passerons en revue les divers traitements médicaux qu'on a institués contre l'ophthalmie sympathique ; nous parlerons des procédés secondaires et des méthodes opératoires rarement employées. Elles peuvent s'adresser, d'ailleurs, soit à l'œil sympathisant, soit au sympathisé ; mais, par malheur, le traitement qui convient à ce dernier est peu efficace. On n'agit guère sur le second œil que par l'intermédiaire du premier.

Méthodes diverses.

Lorsqu'une ophthalmie symphatique se déclare, il faut, quelle qu'en soit la forme, exiger le plus grand repos de la vue, éviter tout effort d'accommodation ; comme la vive lumière devient nuisible, on mettra un bandeau flottant sur les yeux ou même on exercera sur eux une compression légère. Si l'on ne constate que des troubles irritatifs, les soins se borneront à ces simples précautions. Mais si des accidents inflammatoires se développent, on les combattra par les moyens antiphlogistiques ordinaires : frictions mercurielles belladonées, sangsues au pourtour de l'orbite et collyres appropriés. C'est là, du moins pendant la période aiguë, tout ce que le médecin pourra faire pour combattre les accidents de l'œil sympathisé. Il est vrai qu'on a proposé des moyens plus énergiques, une intervention directe, et que quelques chirurgiens ont pratiqué

l'iridectomie. Dans l'irido-cyclite plastique, les résultats ont été déplorables, les accidents aigus ont plutôt augmenté et la brèche faite à l'iris s'est presqu'immédiatement comblée.

Aussi la plupart des auteurs proscrivent-ils, dans cette forme, l'iridectomie comme moyen antiphlogistique. Mackenzie, Bowman, de Graëfe, Critchett, Donders, Mooren, Panas, d'autres encore, donnent comme règle absolue, de ne tenter une iridectomie optique, c'est-à-dire pratiquée pour débarrasser le champ pupillaire, que lorsque les symptômes d'iritis aiguë se sont sérieusement amendés. Cette opinion a si bien prévalu que Jackobson est peut-être le seul à prétendre que l'iridectomie échoue surtout parce qu'on la pratique trop tard. Une observation, recueillie par de Graëfe, et où l'opération hâtive aurait eu une heureuse influence, prête un certain appui à cette manière de voir. Dans les cas d'irido-cyclite séreuse, l'excision de l'iris est mieux tolérée : il se peut même qu'elle soit de quelque utilité, quand la tension intra-oculaire est exagérée.

A côté de ce traitement local de l'œil sympathisé, on a proposé, non sans quelques succès, paraît-il, un traitement général. Mackenzie a employé le calomel, que, plus tard, Tavignot surtout a préconisé, dans les formes douloureuses de l'ophthalmie réflexe qu'il appelait des névralgies ciliaires. C'est en s'appuyant sur quelques cas heureux que Tavignot déclarait trop sombre le pronostic que le médecin de Glascow portait sur l'ophthalmie à distance. Le même Mackenzie et plus tard M. Verneuil, employèrent le sulfate de quinine. M. Verneuil, qui associe ce médicament à sa méthode d'occlusion des paupières par la blépharorrhaphie, a vu plusieurs fois les douleurs cesser tout à coup dans le moignon irrité et dans son congénère. Comme, d'autre part, il a observé des accidents graves à la suite de l'énucléation, il voudrait voir se généraliser sa pratique.

Tels sont les divers moyens qu'on a essayé d'opposer à l'ophthalmie sympathique en dehors d'une intervention sur l'œil sympathisant; leur effet est si douteux, leur application si bornée, que, de tout temps, on a préféré agir sur l'œil primitivement atteint. Ici, nous nous trouvons en présence d'un très-grand nombre de méthodes dont nous allons discuter la valeur.

De ces méthodes, la première en date est celle de Wardrop. « Les vétérinaires avaient remarqué qu'il existe, chez le cheval, une affection des yeux qui, d'abord unilatérale, se propage fatalement de l'autre côté, si toutefois le premier œil ne suppure pas rapidement; en pareil cas, ils avaient l'habitude de hâter la destruction de l'organe malade, en y mettant de la chaux ou en y enfonçant un clou. Wardrop modifia cette pratique barbare : il incisait l'œil et vidait son contenu. « On pourrait, dit-il, obtenir aussi » quelque avantage en appliquant avec discernement à » l'homme, dans certaines affections oculaires où le mal, » attaquant d'abord l'un des yeux, passe ensuite à l'autre » pour déterminer la cécité complète, l'opération qui » réussit si bien chez les animaux. »

Wardrop, du premier coup, avait placé la question sur son véritable terrain. Beaucoup plus tard, de Graëfe chercha, par un autre moyen, la destruction du globe oculaire. Il passait un fil de laine au travers de la cornée et provoquait ainsi une inflammation vive suivie de fonte purulente. Le globe oculaire s'atrophiait rapidement, mais sans aucune action délétère sur l'œil opposé. De Graëfe croyait avoir remarqué que le phlegmon de l'œil ne détermine jamais l'apparition de troubles sympathiques, ce qu'on pourrait attribuer à la destruction des nerfs ciliaires par la suppuration. Mais cette conception n'a pas été généralement acceptée : d'abord une panophthalmie est fort douloureuse, du moins à son début; elle peut retentir vers l'encéphale et se compliquer de phlébite et de coagu-

lation sanguine dans les sinus; puis le point de départ de de Graëfe est plus que contestable. Rossander et Ledoux ont signalé des observations, rares il est vrai, où la fonte purulente de l'œil n'a pas empêché l'apparition des accidents.

En 1834, Barton, de Manchester, adopta la pratique de Wardrop. Il se contentait de faire une incision à la cornée, au travers de laquelle il exprimait le cristallin et une partie du corps vitré. Ce procédé, limité aux cas de plaie avec pénétration de corps étranger, eut généralement de bons résultats, aussi Barton trouva-t-il des imitateurs. Laugier, dans son observation de 1843, se déclare partisan de cette opération, que Taylor modifia en excisant tout ou partie de la cornée. Cet auteur rapporte 8 cas où, grâce à cette abrasion, il a obtenu 8 succès. Watson va plus loin encore, il ampute le segment antérieur de l'œil, opération qui n'est pas complètement abandonnée. A notre connaissance, M. Léon Le Fort l'a pratiquée à l'hôpital Lariboisière, et nous avons, par devers nous, l'observation de deux avocats de Paris qui ont subi cette amputation partielle, l'un pour un sarcôme de la choroïde, l'autre pour un staphylôme. Le premier est guéri ; il n'y a point eu de récidive dans le segment postérieur et tous les accidents sympathiques ont disparu. Le second éprouverait encore quelques légers troubles fonctionnels.

Cette opération semble très-rationnelle; elle permet l'extraction facile des corps étrangers; on enlève la portion la plus irritable de l'œil, la zone ciliaire qui, dans l'immense majorité des cas, est le point de départ des excitations pernicieuses ; enfin le moignon qui se forme est excellent pour la prothèse. Cependant l'énucléation lui est généralement préférée, les résultats en étant plus sûrs ; et Rondeau, entre autres, nous cite une remarquable observation de Follin où l'ablation du segment antérieur n'empêcha pas, plus tard, le développement d'une ophthalmie

réflexe ; les faits de ce genre ne sont malheureusement pas rares.

L'iridectomie n'a pas seulement été faite sur l'œil sympathisé ; de Graëfe l'a préconisée pour l'œil sympathisant ; mais les résultats n'ont pas été favorables. Du reste, on aurait pu le prévoir. Mooren a montré que l'iridectomie provoque parfois l'ophthalmie réflexe quand on la pratique pendant la période aiguë de l'irido-cyclite. Si les accidents ont déjà éclaté, elle les active plutôt qu'elle ne les modère. On doit donc la proscrire d'une manière absolue tant que durent les phénomènes inflammatoires ; mais si l'état d'irritation du corps ciliaire a cessé, on peut la faire intervenir. « Ce procédé, dit Mooren, peut être employé dans tous les cas où l'altération primaire n'a pas encore conduit à l'amaurose et où l'on ne veut ni n'ose sacrifier l'œil voyant. Cependant, même avec le concours de circonstances avantageuses, le résultat de l'opération restera toujours précaire. »

D'après Vignaux, l'iridectomie rendrait quelques services dans le cas de synéchies antérieures, d'enclavement de l'iris, de tiraillements sur le corps ciliaire ; mais encore ici l'amélioration est de courte durée et le tissu cicatriciel ne tarde pas à reproduire les adhérences et les tractions primitives. Mooren cite un cas d'irido-cyclite syphilitique avec amaurose : l'iridectomie donna un résultat favorable en apparence ; mais, quelques mois après, les altérations prirent un développement tel qu'il « fut heureux de pouvoir, encore à temps, sauver le second œil de la destruction sympathique en extirpant le premier. » « J'ai fait, nous dit-il encore, cette opération dans les cas de contusion du corps ciliaire, mais avec un résultat si peu satisfaisant que presque toujours il a fallu en venir à l'énucléation. » Gayet, de Lyon, n'a pas été plus heureux que ses prédécesseurs ; il n'a jamais obtenu que des insuccès complets. Ce procédé est donc inutile, dangereux et

ne doit être employé que dans les limites étroites indiquées par Mooren.

En 1874, M. Verneuil publiait une note sur « *l'occlusion permanente des paupières par la blépharorrhaphie dans certains cas d'ophthalmie sympathique.* » Il citait deux observations où ce mode de traitement avait procuré la guérison. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme épileptique atteint de staphylôme antérieur de la cornée à la suite d'une brûlure suivie d'ectropion double. L'œil gauche se transforme en un moignon douloureux ; pendant une recrudescence, l'œil droit, resté sain jusque-là, se trouble et des douleurs névralgiques surviennent. M. Verneuil pratique l'affrontement des paupières et fait la suture ; l'œil droit recouvre à gauche son intégrité fonctionnelle. Le deuxième malade avait eu autrefois une brûlure superficielle du globe oculaire ; la cornée était opaque ; il y avait un symblépharon de la paupière inférieure. Au bout de neuf ans apparurent les symptômes de l'ophthalmie sympathique. Pendant les premiers temps du séjour du malade à l'hôpital, on observa que les douleurs et les troubles visuels disparaissaient dans l'œil primitivement sain quand on appliquait un bandeau sur l'œil lésé; les troubles réflexes revenaient après l'enlèvement du bandeau. M. Verneuil songe alors à la suture des paupières : le résultat est excellent. De ces deux observations, il conclut que la blépharorrhaphie peut rendre de grands services, surtout quand les accidents sont encore à leur début. Il est d'autant plus disposé à l'employer que, sur six énucléations, il a eu un cas de mort par phlegmon de l'orbite et méningite diffuse, un tétanos à marche chronique heureusement terminé, et des abcès volumineux de la paupiére supérieure. M. Verneuil déclare, du reste, que son procédé ne peut avoir que des applications restreintes. Si la marche de l'ophthalmie est rapide, ou lorsqu'il y a pénétration d'un corps

étranger dans le globe oculaire, il serait illusoire de tenter la blépharorrhaphie.

Les méthodes dont nous allons nous occuper maintenant découlent toutes du principe qui a conduit à l'énucléation : puisque les excitations morbides se transmettent de l'œil malade à l'œil sain par l'intermédiaire des nerfs, il faut interrompre le trajet en sectionnant le conducteur. De là une série d'opérations qui, en définitive, diffèrent peu les unes des autres. Les auteurs qui considèrent le nerf optique comme le conducteur de l'irritation, ont proposé la névro-tomie optique. Mais les rapports de l'optique et des ciliaires sont tels qu'on ne peut toucher à l'un sans intéresser les autres. La réciproque serait vraie pour les ciliaires, si l'on ne pouvait les couper qu'après leur émergence de la sclérotique ; mais M. Meyer a pratiqué leur section dans l'intérieur du globe oculaire. Aussi avons-nous deux opérations différentes à décrire : celle de Meyer, qu'on devrait plutôt regarder, selon la remarque de M. Panas, comme une paracentèse de la sclérotique, et celle que M. Boucheron a décrite récemment, et qui consiste dans la section des ciliaires, de l'optique et de l'artère centrale de la rétine.

La section des nerfs ciliaires dans l'intérieur du bulbe a été proposée par de Graëfe en 1866; mais Ed. Meyer l'a pratiquée le premier; il a été suivi dans cette voie par Laurence, de Londres, et par Secondi, de Gênes. Nous n'avons pas à exposer le manuel opératoire qui, d'ailleurs, est fort simple; c'est sur le point douloureux de de Graëfe que les nerfs doivent être sectionnés. A ce niveau, l'on soulève un pli de la conjonctive et l'on incise, puis, avec les ciseaux mousses, on débride « dans la direction et dans l'étendue exigées par l'opération, le tissu cellulaire qui unit les deux membranes. On introduit alors un crochet à strabisme sous celui des muscles droits qui est le plus rapproché de l'incision, et l'on arrive ainsi à fixer l'œil,

tandis qu'en même temps on détermine l'endroit de l'insertion du tendon qu'on doit ménager. Le crochet étant tenu de la main gauche, on ponctionne la sclérotique dans la région ciliaire, obliquement à sa surface, avec le couteau étroit de de Graëfe, et de manière à éviter le cristallin. La contreponction se fait de telle façon que, la section terminée, on ait une plaie linéaire parallèle à la cornée, et dans laquelle le corps vitré se présente immédiatement. On retire enfin le crochet avec précaution, et l'on ramène la cornée vers la conjonctive. La réaction, aprés l'opération, est très-modérée et ne demande d'autres soins que le repos, des injections sous-cutanées de morphine à la tempe, en cas de douleur et d'insomnie, et le bandage compressif. »

Il est difficile de se prononcer sur la valeur d'une telle opération, bien que les faits publiés soient en assez grand nombre; car souvent, après des résultats très-favorables en apparence, les accidents reprennent leur cours. Dans 50 ou 60 névrotomies vues par Mooren, le mieux n'a été que passager. Aussi, dans plusieurs cas, Watson, après avoir essayé la section des nerfs ciliaires, a dû recourir à l'énucléation dont le succès a été définitif. D'ailleurs, la moitié des globes opérés marchent vers l'atrophie. Souvent les douleurs sont calmées, mais la sécurité n'est jamais complète : on a toujours à redouter les dangers que font courir les moignons oculaires dont les membranes sont profondément désorganisées. Cette névrotomie n'a d'ailleurs que des indications limitées : si l'ophthalmie réflexe est de forme plastique, si sa marche est maligne, l'énucléation doit être préférée à la paracentèse scléroticale; enfin on n'aurait obtenu le succès que dans les cas de troubles fonctionnels. Meyer veut qu'on n'applique cette opération à l'œil primitivement affecté, que s'il a perdu toute puissance visuelle.

Certains auteurs cependant voudraient en généraliser

la pratique; Schweigger, dans un travail que nous avons souvent cité, s'élève vivement contre ce qu'il appelle les « excès des énucléateurs, » et se montre plus partisan de la section des nerfs que le créateur de la méthode. Il fait remarquer que les malades consentent moins volontiers à l'extirpation de l'œil qu'à la névrotomie qui, en définitive, ne leur enlève rien. Certainement cette opération atrophie l'œil et le transforme en un moignon privé de ses fonctions; mais ce moignon est utile pour la prothèse; l'œil artificiel sera plus mobile et plus soutenu. Quant à l'argument tiré de la régénération possible des nerfs, il est tout théorique, malgré l'opinion exprimée par Arlt, et Schweigger en appelle à l'expérience et à l'observation. Sur ce point, il nous semble avoir raison; mais nous ne pensons pas que son plaidoyer multiplie beaucoup les adhérents de la méthode; tout au plus accordera-t-on à Schweigger la possibilité de cette paracentèse scléroticale dans les cas de « troubles vagues et indécis, » que certains malades, dont un œil est déjà perdu, accusent parfois dans l'œil demeuré sain. Il ne faudrait pas le suivre trop loin dans cette voie, et, dès que les accidents prennent l'aspect des formes irritatives nerveuses, une intervention plus active devient nécessaire. La névrotomie ne doit être pratiquée que si le patient repousse formellement l'énucléation.

Il nous reste une dernière méthode beaucoup plus radicale, mais qui ne nous semble pas appelée à un très-grand succès : elle consiste à sectionner le nerf optique et les ciliaires à leur entrée dans le globe oculaire. Rondeau l'a proposée, mais non pratiquée, en 1866; au congrès ophthalmologique de Londres, en 1872, M. de Wecker a démontré la possibilité de pénétrer jusqu'au nerf optique en passant entre la sclérotique et la capsule de Ténon, et M. Boucheron a utilisé cette donnée primitive pour sectionner le nerf optique et les ciliaires en arrière

de l'œil. Voici le procédé tel qu'il le décrit dans la *Gazette médicale de Paris* :

« Entre le muscle droit supérieur et le droit externe à un centimètre de la cornée, on coupe la conjonctive et la capsule de Ténon; on pénètre ensuite avec des ciseaux courbes entre la capsule et l'œil. Attirant alors en avant le globe oculaire saisi près de la cornée par de fortes pinces à griffes, on tend le nerf optique, que les ciseaux coupent, avec les nerfs ciliaires qui l'escortent. Si l'on craint que quelque nerf ciliaire ait échappé à la section, on agrandit l'ouverture de la capsule, et à l'aide d'une seconde pince à griffes, on va saisir la sclérotique dans l'hémisphère postérieur de l'œil, qu'on fait ainsi tourner en avant, de façon à mettre sous les yeux le tronc sectionné du nerf optique; on peut alors couper à son aise les nerfs ciliaires qui lui font une sorte de couronne. Comme on n'a coupé aucun muscle droit, l'œil conserve sa position et ses mouvements normaux. »

S'il faut en croire M. Boucheron, lorsqu'après de pareilles manœuvres, on remet l'œil en place, il se conserve intact. Nous n'avons pas trouvé, dans les recueils, d'observations qui nous permettent de vérifier si les espérances de l'auteur ont été réalisées; car il pense « que cette méthode pourra dans *tous les cas* être substituée à l'énucléation de l'œil. Nous croyons qu'une opération si simple, si inoffensive, si conservatrice, est appelée, dans maintes circonstances, à rendre aux malades d'importants services. »

Il nous serait difficile de porter sur tant de procédés un jugement d'ensemble. On peut dire que presque tous ont leur indication spéciale, mais en général bien restreinte. Quelques-uns n'ont de raison d'être que lorsqu'une certaine acuité visuelle persiste encore dans l'œil sympathisant, car, en vérité, on ne saurait alors se résoudre à l'extirper. Sait-on si l'on enrayera la marche des accidents dans le second œil, et si cette faible lueur dont on a privé

le malade, n'aurait pas été plus tard son unique ressource ? L'iridectomie, si désastreuse dans les cas ordinaires, pourra, dans ceux-ci, rendre quelques services. L'incision de la cornée, son abrasion, l'amputation du segment antérieur du globe, peuvent suffire dans les cas de corps étrangers. Nous avons vu que la blépharorrhaphie dans les mains de Verneuil avait donné de beaux succès ; la paracentèse de la sclérotique a pu faire disparaître des troubles fonctionnels réflexes, tout en conservant au malade un globe oculaire mieux disposé pour la prothèse.

Le chirurgien a parfois recours à des opérations qui lui sont inspirées par les cas particuliers. Au congrès de Genève, en 1877, Fieuzal a cité une observation de névrite optique de l'œil gauche sous la dépendance d'une cataracte traumatique de l'œil droit. L'extraction du cristallin opaque et adhérent à l'iris, enclavé lui-même dans la cicatrice cornéenne, a déterminé la guérison des troubles sympathiques. Mais ce qui ôte tout intérêt à ces divers modes de traitement, c'est leur caractère exceptionnel ; malgré les prétentions qu'on élève parfois, aucun ne saurait prétendre au rôle de méthode générale. Un seul peut remplacer tous les autres, et nul autre ne le peut remplacer : c'est l'énucléation.

De l'énucléation.

Nous avons déjà vu comment Prichard, frappé des insuccès nombreux des traitements pratiqués jusqu'à lui, proposa l'extirpation du globe oculaire blessé. Cette méthode héroïque devait soulever de vives résistances. Bien que Bonnet, de Lyon, nous eût déjà donné l'excellent procédé qui porte son nom, on confondait encore l'évidement de la cavité orbitaire, opération grave, avec l'énucléation de l'œil. Les malades se montraient rebelles ;

comprenant difficilement que l'action d'un œil pût retentir sur l'autre, ils ne voyaient pas l'utilité d'une pareille opération. Il se passa donc beaucoup d'années avant que la méthode de Prichard fût définitivement acceptée, même en Angleterre où elle avait pris naissance; mais à cette heure elle est généralement adoptée ; les auteurs protestent surtout contre l'abus qu'on en veut faire, ils veulent qu'on limite plus scrupuleusement son terrain. Des réclamations se sont élevées en Allemagne contre ce que Schweigger nomme les extravagances des énucléateurs. En France, la réserve a été plus grande et les chirurgiens ont, dès l'abord, essayé de poser les cas où l'extirpation de l'œil est vraiment utile. C'est ce que nous allons faire à leur suite ; comme eux, nous traiterons successivement de l'énucléation préventive et de l'énucléation curative, nous étudierons les indications et les contre-indications de l'une et de l'autre, et les résultats qu'elles ont donnés.

De l'énucléation préventive.

Cette opération est trop rationnelle pour ne pas avoir été proposée des premières : d'une part, on reconnut que certaines lésions de l'œil ont une gravité toute particulière et provoquent presqu'à coup sûr les accidents sympathiques. On constata, d'autre part, qu'il était souvent impossible d'enrayer la marche de certaines ophthalmies réflexes qui, souvent, menaient, par une route plus ou moins longue, à la cécité complète. Aussi devait-on se demander s'il n'est pas plus simple de prévenir le développement de l'affection et de faire disparaître, avec l'œil primitivement atteint, le danger dont le second œil est menacé. Mais ce problème ne pouvait être résolu d'emblée ; il fallait, auparavant, savoir si l'énucléation ne fait pas courir au patient des dangers aussi grands que l'oph-

thalmie, et si elle met définitivement à l'abri de tous les troubles réflexes.

Les adversaires de l'énucléation préventive ont relevé avec le plus grand soin les accidents dont l'extirpation de l'œil a parfois été suivie, et ils ont trouvé çà et là quelques résultats désastreux. M. Verneuil, dans six énucléations de sa pratique personnelle, accuse une mort, un cas de tétanos chronique et des abcès de la paupière supérieure. Mais il s'agit là d'une série malheureuse, qu'explique l'analyse des observations et où l'énucléation ne doit pas être seule incriminée. On n'invoque plus guère l'argument tiré de la gravité de l'énucléation et diverses statistiques ont montré qu'il y a peu d'opérations plus bénignes. Sur 207 cas de Vignaux, la mort est notée deux fois ; encore ne la faut-il mettre qu'indirectement au passif de l'énucléation ; car, dans le premier de ces cas, la malade avait eu plusieurs attaques de paralysie; et, dans le second, il s'agit d'un vieillard de 81 ans, affaibli déjà par un érysipèle. Une autre série de 100 observations ne présente aucune complication qui ait mis en danger la vie des opérés. Nous en dirons autant de 100 faits dus à Mooren. M. Dransart, sur 45 cas, n'a pas eu d'accident grave. MM. Lawson, Abadie, Galezowski, Fieuzal, Meyer, sans nous donner de chiffres précis, s'accordent à proclamer l'énucléation comme une des opérations les plus simples de la chirurgie; à peine donne-t-elle lieu à quelques hémorrhagies et à de très-rares phlegmons de l'orbite.

Ce n'est donc pas sur la gravité de l'opération qu'on peut s'appuyer pour proscrire l'énucléation préventive, et son adversaire, Schweigger, cherche d'autres arguments : il se demande d'abord,—et ceci est un point capital—quels résultats on en retire. Il ne lui est pas difficile de démontrer que, très-souvent, toutes les conditions qui président au développement de l'ophthalmie sympathique peuvent se rencontrer sans que cette affection apparaisse. D'après Mooren,

elle n'éclaterait que dans un sixième des cas où ces conditions existent. Ainsi, quand on fait grand bruit de l'absence d'accidents après l'énucléation préventive, on ne tient pas assez compte de ce fait, qu'on bénéficie des cas où les accidents ne se seraient pas développés. Mais pour donner du poids à son argumentation, il lui faudrait prouver que l'ophthalmie réflexe est parfois survenue malgré l'énucléation. Or, sauf des cas de prothèse mal faite où la coque artificielle a provoqué, sur les nerfs ciliaires compris dans la cicatrice, une irritation inflammatoire qui s'est traduite par des troubles sympathiques dans le globe oculaire opposé, Schweigger, dont le travail date du mois de mai de l'année courante, ne cite que trois observations où l'énucléation préventive n'a pas arrêté le développement d'une ophthalmie réflexe; et ces trois observations n'ont qu'une valeur discutable.

Dans la première, due à Mooren, l'iritis sympathique survint un jour après l'énucléation ; dans la deuxième, de Schmidt Kimpler, les phénomènes morbides parurent quatre jours après l'opération. Les deux fois il y eut guérison. Dans la troisième, le dénouement fut grave : Pagenstecher donne l'histoire d'un malade âgé de 14 ans qui, 27 jours avant l'énucléation, avait eu l'œil blessé par l'explosion d'une certaine quantité de poudre enfermée dans un flacon. L'opération eut des suites très-simples ; mais 9 jours après, lorsqu'on voulut placer la coque artificielle, on découvrit dans l'œil droit, jusqu'alors sain, une légère injection de la sclérotique et une petite synéchie postérieure. Le patient n'avait remarqué aucune diminution de l'acuité visuelle. A partir de ce jour, le cercle péri-kératique se congestionna plus encore, l'humeur aqueuse se troubla, la vue faiblit, et tous les symptômes d'une irido-choroïdite plastique ne tardèrent pas à se montrer. On les combattit, mais en vain ; 9 mois après la blessure, l'œil était encore injecté, l'iris épaissi ; il y avait une synéchie

totale et des exsudats abondants en avant et en arrière du cristallin. La fin de l'observation ne nous est pas donnée, mais il ne restait qu'un très-faible espoir de guérison.

Nous avons cru devoir citer ces trois observations, bien qu'elles ne nous semblent prouver seulement que l'énucléation n'était pas assez « préventive. » Quand on y recourut, il était déjà trop tard, et des altérations des nerfs ciliaires existaient sans doute à ce moment. Aussi croyons-nous pouvoir conclure qu'il n'existe pas, dans la science, de cas démonstratif où l'ophthalmie sympathique se soit développée après une énucléation faite à temps.

Les deux premières questions que nous nous sommes posées au début semblent donc résolues en faveur de l'énucléation préventive : 1° cette opération est sans gravité ; 2° elle est efficace. Nous ne nous attarderons pas aux objections de moindre importance : la résistance opiniâtre que le malade oppose parfois à l'énucléation préventive, et la difficulté plus grande que présente la prothèse quand on n'a pas un moignon mobile pour soutenir la coque artificielle.

Il n'est pas besoin d'insister sur ses avantages. Aussi a-t-elle depuis longtemps des partisans convaincus : Derby, Testelin, Critchett, Hirschberg, d'autres encore. De Graëfe a souvent répété : « Faites plutôt dix énucléations inutiles que d'assumer la responsabilité d'une seule cécité. » Warlomont, d'abord au Congrès de Londres, en 1872, puis à celui de Genève, en 1877, l'a vigoureusement défendue, et ses conclusions ont réuni la grande majorité des suffrages. Voici comment il s'exprime :

« Il n'est pas de question plus grave, plus digne de fixer l'attention du médecin, que celle de la conduite à tenir dans les cas où, un œil étant *détruit* par le traumatisme ou par une autre cause, son congénère se trouve sous la perpétuelle menace, tacite ou déjà exprimée, de l'ophthalmie sympathique. De la détermination qui sera

prise dépendra, la plupart du temps, soit la sécurité absolue du patient, soit une existence tout entière traversée par des accès douloureux, des suspensions d'étude ou de travail, des perplexités résultant de la crainte, trop légitime, d'accidents consécutifs dont la cécité est le dénouement possible. L'irrésolution du médecin, les répugnances instinctives, mais non justifiées du patient, peuvent avoir ici les plus tristes conséquences. »

Il est un certain nombre de cas où l'énucléation ne doit pas être faite. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il faut la proscrire absolument lorsque l'œil conserve encore une certaine acuité visuelle, ou pourra en récupérer à l'aide d'une opération. Cette conclusion n'a pas besoin d'être développée ; il est évident que, pour éviter une perte possible, on ne peut s'infliger une perte certaine. Il faut d'ailleurs se rappeler que l'œil sain n'est pas à l'abri des accidents ultérieurs. Même contre-indication lorsque le moignon oculaire est absolument indolore, spontanément ou à la pression ; car le congénère n'a point alors à redouter l'apparition des accidents réflexes ; et l'opération ne sera faite que si le malade désire porter une coque artificielle et que le volume du moignon s'y oppose. Cette contre-indication est évidemment moins formelle que la précédente : la vision est absolument perdue, et enlever le bulbe atrophié n'a, de ce chef, aucun inconvénient. Mais une opération, quelque « innocente » qu'elle soit, ne doit pas être faite sans motif. Ce sont à peu près les seules réserves que les chirurgiens fassent aujourd'hui ; en dehors de ces contre-indications, l'énucléation préventive doit être pratiquée. Nous allons discuter maintenant quels sont les cas où elle est formellement indiquée, en suivant, pour cette étude, les idées qui ont prévalu au dernier Congrès de Genève.

M. Vignaux accepte ces conclusions, et, pour lui comme pour le rapporteur du Congrès, l'énucléation préventive

est indiquée dans les grands traumatismes, lorsque l'œil est désorganisé. Dans les blessures de la région ciliaire avec issue du cristallin ou de l'humeur vitrée, quand il y a perte de la vision ; dans les cas de pénétration de corps étranger avec amaurose ; dans toutes les inflammations traumatiques: irido-cyclite, irido-choroïdite, irido-capsulite ; lorsque les altérations des membranes profondes sont irréparables et les fonctions de l'œil totalement abolies.

Les lésions d'origine spontanée peuvent aussi commander l'énucléation préventive. Les inflammations du tractus uvéal déterminent quelquefois une irritation très-vive des nerfs ciliaires ; les moignons atrophiés peuvent rester sensibles, douloureux spontanément ou à la pression; pour éviter les accidents réflexes, il faudra donc les enlever. On les extirpera encore lorsqu'ils sont le siége d'une hydrophthalmie, d'un glaucôme douloureux, surtout quand l'iridectomie sera restée impuissante; dans les staphylômes antérieurs volumineux, si l'amaurose est totale et définitive. Mais l'énucléation est alors pratiquée surtout pour permettre la prothèse ; car ces dernières affections n'ont pas de tendance à provoquer d'ophthalmie sympathique. Il n'en est pas de même dans les leucômes adhérents, les ectasies du corps ciliaire, les tiraillements de l'iris, les coques osseuses mobiles qui peuvent exercer sur l'œil du côté opposé l'action la plus funeste. L'énucléation préventive est alors de nécessité.

Voici, d'ailleurs , une des conclusions discutées au Congrès de Genève et qui vise la plupart des cas que nous venons d'énumérer. « Quand un œil vient d'être détruit par une cause traumatique, et que tout espoir d'y voir subsister ou revenir un degré de vision utile est perdu, c'est rendre un service immense au blessé que de l'en débarrasser séance tenante par l'énucléation avec anesthésie. On lui épargne les suites immédiates du traumatisme, l'ophthalmitis, les longues suppurations. On le

rend, pour ainsi dire, du jour au lendemain à ses travaux ; il est dans d'excellentes conditions pour recevoir bientôt une coque artificielle dont le port sera inoffensif, et on le préserve à coup sûr des accidents consécutifs. Quand il y a des raisons de croire que le globe blessé renferme quelque corps étranger, l'indication de l'énucléation est plus impérieuse encore. »

Il est un dernier point sur lequel les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord, mais dont nous n'avons à parler que d'une façon incidente, car il ne se rapporte qu'indirectement à notre sujet : quelle conduite doit tenir le chirurgien dans le cas de phlegmon de l'œil ? Faut-il énucléer ? De Graëfe prétendait que ces suppurations totales de l'œil ne déterminent jamais de troubles sympathiques. Il était même tellement pénétré de cette idée qu'il a proposé, comme moyen prophylactique contre les accidents réflexes, de détruire le globe oculaire par une suppuration prolongée. Mais on a signalé des cas d'ophthalmie à distance dans les phlegmons de l'œil, qui, d'ailleurs, conduisent à l'atrophie ; le moignon rentre alors dans la catégorie de tous les bulbes atrophiés qui peuvent être douloureux, irritables, enflammés, ou qui recèlent des cristallins pierreux ou des coques osseuses. Aussi, pensons-nous qu'il est préférable de pratiquer l'énucléation lorsque l'œil est envahi par une suppuration totale qui n'est pas sous la dépendance d'une maladie générale ou d'un état constitutionnel. Cependant, avant de se prononcer d'une manière catégorique, une double statistique serait nécessaire où l'on comparerait les résultats obtenus par l'expectation d'une part et de l'autre par l'énucléation.

Les faits précédents nous semblent démontrer que l'énucléation préventive est une opération raisonnable. Elle est par elle-même presque inoffensive, et, malgré d'innombrables opérations, on compte les cas où elle a entraîné des accidents graves. Elle seule met sûrement à l'abri des

troubles qui, jusqu'à présent, ne se sont jamais développés quand l'énucléation a été faite en temps opportun sans être compromise ensuite dans ses résultats par une prothèse défectueuse. Aussi, pour échapper à l'éternelle menace, l'énucléation est-elle de règle quand le bulbe atrophié a perdu irrévocablement ses fonctions ou qu'il n'est pas absolument indolore.

En résumé, lorsque le moignon est irrité, douloureux, qu'il contient un corps étranger, que des adhérences exercent leur traction sur l'iris et la zone ciliaire, l'énucléation est nettement indiquée; elle l'est encore, avons-nous vu, lorsque l'œil vient de subir un violent traumatisme ou est envahi par une inflammation totale qui en a définitivement compromis les fonctions. Elle l'est enfin, et à double titre, lorsqu'une tumeur s'est développée dans le globe oculaire; il faut alors enlever d'urgence le néoplasme pour qu'il ne gagne point les tissus adjacents : par là même on prévient les accidents réflexes qu'il provoquerait à la longue.

De l'énucléation curative.

Quand les accidents sympathiques ont envahi le second œil, les indications de l'énucléation ne sont plus tout à fait les mêmes et le problème se complique parfois assez pour que le chirurgien hésite au moment d'intervenir. Il se présente, dans la pratique, des cas où l'on ne saurait tracer à l'avance une règle absolue. D'ailleurs, la question ne peut être étudiée en bloc; l'ophthalmie sympathique nous offre des formes très-variables dont le traitement diffère autant que la marche et le pronostic. Passons en revue chacune de ces variétés, nous nous ferons une idée plus exacte de la conduite à tenir dans chaque cas particulier.

Il est cependant un point capital. Ici, plus encore que dans les énucléations préventives, l'état fonctionnel de l'œil qu'on veut extirper doit être pris en sérieuse considération. Quand cet œil possède encore le moindre degré de vision, la responsabilité du chirurgien grandit, car si, malgré l'opération, l'œil sympathisé se perd, on aura enlevé au malade avec l'œil sympathisant la seule chance de vue qui lui restât. D'autre part, si les actions délétères étaient supprimées, on sauverait peut-être le congénère dont l'acuité visuelle est à ce moment bien supérieure. C'est un double écueil. Au chapitre des symptômes, nous avons vu qu'on divise les accidents oculaires réflexes en deux groupes : l'un caractérisé par de simples troubles fonctionnels, l'autre par une inflammation et des altérations nutritives qui portent le plus souvent sur le tractus uvéal, mais peuvent envahir aussi les autres membranes. Nous avons vu que ce dernier groupe se subdivise lui-même en une forme maligne, l'irido-choroïdite plastique, et en une forme bénigne comprenant l'irido-choroïdite séreuse et quelques formes rares, les kératites, les irido-kératites, certaines hypérémies de la rétine.

Les accidents sympathiques qui se traduisent par de simples troubles fonctionnels, photophobie, larmoiement, fatigue de l'accommodation, sont d'un traitement facile et les succès constituent la règle. Il faut d'abord bien établir l'origine réflexe de ces accidents, et parce qu'un œil est perdu, ne pas conclure sans preuves nouvelles, lorsque le congénère se prend, que la seconde affection est sous la dépendance de la première. Si le diagnostic est fait, si l'on a la certitude que l'œil primitivement atteint détermine les troubles du second, l'énucléation devra être pratiquée, et dans l'immense majorité des cas, il ne saurait y avoir de doute : le moignon sera irrité, la moindre pression y réveillera des douleurs, ou bien encore

il renfermera un corps étranger ou présentera quelques uns de ces tiraillements du corps ciliaire qui déterminent si facilement l'apparition de l'affection réflexe. Lorsque le bulbe atrophié est indolore, que toute trace d'inflammation s'est éteinte, l'énucléation doit-elle encore être faite ? Oui, si l'on ne trouve aucune raison plausible pour expliquer les accidents dont le second œil est le siége, car on a vu parfois des troubles sympathiques éclater sans que le moignon ait paru se réveiller.

Le cas est plus embarrassant lorsqu'un certain degré de vision persiste dans l'œil sympathisant. Il faut mettre alors en balance la quantité de vision du premier œil et la gravité des troubles fonctionnels du second : si, d'une part, la vue est à peu près perdue, si, d'autre part, on se trouve en présence des formes graves décrites par Donders, si le patient a de la photophobie et du blépharospasme, des névralgies ciliaires, un abaissement considérable du pouvoir visuel, l'opération est d'autant plus indiquée que l'extirpation du premier œil fera presqu'immédiatement cesser les accidents menaçants : le succès qu'on est en droit d'attendre, autorise le sacrifice de ce qu'il reste de vision dans l'œil sympathisant.

L'énucléation, cependant, n'a pas toujours procuré la guérison : On cite quelques cas rebelles : de Graëfe en a observé deux ; Derby a vu l'irritation sympathique ne pas céder à l'énucléation ; Mooren rapporte un cas fort intéressant : il mérite d'être rapporté, car il nous semble en opposition avec les idées de Donders sur la persistance des diverses formes qui, d'après cet auteur, ne pourraient jamais passer de l'une à l'autre. Mooren pratique l'énucléation chez un malade qui n'a, comme accidents réflexes, qu'une gêne de l'accommodation. Or, deux ou trois jours après l'opération, une iritis se développe ; heureusement elle est bénigne, et deux mois après l'acuité est normale. On pourrait encore recueillir

quelques faits de ce genre; ils se perdent au milieu des succès dont le nombre est tel que maintenant on ne saurait plus les compter; ainsi Mooren a obtenu la guérison 16 fois sur 16; Rossander 33 fois sur 33; Rheindorf compte 17 guérisons ou améliorations et une aggravation; Vignaux, sur 48 cas, note 43 succès absolus, 3 guérisons incomplètes, et 2 fois l'ophthalmie sympathique suivit une marche progressive. L'énucléation a donc, dans cette forme, une efficacité presqu'absolue; aussi doit-elle être hardiment proposée.

L'énucléation ne donne pas des résultats égaux dans toutes les formes du second groupe, et son action est bien supérieure dans l'irido-choroïdite séreuse, les kératites, que dans les formes à exsudat plastique. L'irido-choroïdite séreuse est, en général, arrêtée par l'extirpation de l'œil, surtout lorsque l'intervention du chirurgien a été rapide : on voit bientôt cesser les accidents et peu à peu tout rentre dans l'ordre; aussi l'opération est-elle toujours indiquée lorsque la relation de cause à effet entre les altérations du premier œil et les troubles réflexes du second est bien établie; la seule contre-indication, et nous la connaissons déjà, c'est ici, bien plus que dans les simples troubles fonctionnels, qu'il faut respecter le premier œil quand il possède encore la moindre acuité visuelle.

Pour se décider à extirper un globe dont la fonction n'est pas totalement perdue, il faudrait être sûr que ce léger degré de vision finira par disparaître; il faudrait encore avoir la preuve que l'irritation dont il est le siége est une provocation incessante pour la maladie du second œil; il faudrait, enfin, avoir de sérieuses raisons d'espérer un résultat favorable; c'est qu'ici le succès n'est pas toujours de règle, et l'on a souvent éprouvé de graves mécomptes, même lorsque l'intervention n'a pas tardé, même lorsque les accidents paraissaient le moins redoutables. Nous avons, dans la symptomatologie, rapporté

des observations où, malgré l'énucléation, une iritis séreuse se transforme en une iritis plastique maligne ; nous avons cité les deux cas célèbres où de Graëfe constata une inflammation séreuse tellement bénigne que le diagnostic nécessita une grande attention et qui, cependant, marchèrent vers une complète cécité. Quant aux faits d'iritis séreuse de gravité moyenne, dont les progrès n'ont pas été enrayés par l'énucléation, malheureusement ils abondent, et sans donner de chiffres précis à cet égard, tous les auteurs s'accordent à dire qu'ils en ont recueilli de nombreuses observations.

Les formes rares, les rétinites, les chorio-rétinites, les excavations et les atrophies de la papille sont encore trop peu connues pour qu'on puisse donner des indications bien précises. L'énucléation, cependant, a été suivie de succès. Lors donc que le premier œil sera perdu, que son influence sur le congénère sera nettement établie, l'énucléation devra être proposée. Dans le glaucôme et le décollement rétinien, l'opération n'a donné que de médiocres résultats, et dans une observation inédite que nous transcrivons plus loin, on verra qu'elle n'a pu arrêter la marche des accidents. Au contraire, l'irido-kératite doit être rapprochée de l'iritis séreuse, et presque toujours l'énucléation a procuré la guérison. On en trouve des observations dans les auteurs, et nous-même en donnons quelques-unes, que M. Dransart nous a communiquées. Les indications sont celles que l'on trace pour les inflammations séreuses du tractus uvéal ; aussi n'insisterons-nous pas. Nous rappellerons simplement un fait où M. Gayet pratiqua l'énucléation, bien qu'un certain degré de vision existât encore dans l'œil sympathisant.

Un tisseur de Saint-Didier-de-La-Tour, âgé de 17 ans, et qui, malgré sa constitution scrofuleuse, n'avait jamais eu mal aux yeux avant son accident, avait reçu, huit mois avant son entrée à l'hôpital, un coup de bille sur l'œil

droit. La vision en fut gravement compromise et ne s'améliora pas, malgré divers traitements. Six mois après, l'œil gauche se prend, blépharospasme, photophobie, phlycténules, ulcères de la cornée. Pour apaiser ces accidents, on pratique coup sur coup, trois iridectomies de l'œil droit; les troubles n'en continuent pas moins à gauche. En face de cet état, après trois mois de tentatives pour améliorer l'œil droit aussi bien que l'œil gauche, M. Gayet énuclée l'œil droit primitivement blessé. C'est la première fois qu'il extirpe un œil y voyant encore. Les résultats sont excellents, les douleurs disparaissent à droite; dès le deuxième jour elles diminuent à gauche; après quinze jours, les phlyctènes et les ulcérations avaient disparu ; au bout d'un mois et demi, presque tous les accidents avaient cédé ; onze mois après l'opération, le malade pouvait lire.

Lorsque l'irido-choroïdite est plastique, que des dépôts abondants se forment dans la chambre antérieure, que le corps vitré se trouble et devient floconneux, le pronostic est plus grave, et cette forme mérite bien le nom de maligne, qu'on lui attribue généralement. Cependant, là encore, l'énucléation doit être pratiquée, car elle a donné quelques bons résultats; mais les insuccès sont la règle. L'intervention rapide n'enraie pas toujours la marche de l'affection : Berlin, de Stuttgart, a pratiqué l'énucléation 24 heures après la première manifestation de l'iritis séreuse, qui a néanmoins suivi son cours pour aboutir à une cécité incurable. Hirschberg cite un fait analogue : l'énucléation fut faite aussi 24 heures après le début; à ce moment, les manifestations sympathiques ne consistaient qu'en une synéchie punctiforme et, malgré cela, l'opéré devint aveugle.

Il serait difficile de se faire une idée des résultats de l'énucléation : d'abord, il y a des formes intermédiaires ; puis, malgré l'opinion contraire de Donders, il est probable que la forme séreuse peut donner naissance à la

forme plastique. Le plus souvent, enfin, la distinction entre les deux variétés n'existe pas dans les relevés, les ophthalmies étant rangées sous la rubrique : Accidents avec lésions matérielles. Vignaux, sur 42 énucléations pour ophthalmie réflexe avec lésions matérielles, donne 17 guérisons ou améliorations, 27 aggravations ou cécités. Sur 27 cas de Rheindorf, nous avons 25 guérisons ou améliorations et 2 aggravations ou cécités; mais ce résultat ne représente pas les faits de sa pratique; il s'agit d'observations relevées dans les recueils où les faits heureux sont surtout relatés. Mooren, sur 15 cas, accuse 9 guérisons ou améliorations et 7 aggravations ou cécités.

Dans une statistique plus ancienne, portant sur un plus grand nombre de faits, les résultats sont encore meilleurs, et Laqueur nous dit à ce sujet : « s'il est vrai que Meyer a enrayé 20 fois le cours d'une irido-choroïdite plastique, sur 61 énucléations qu'il a pratiquées, il doit se considérer comme très-heureux. » Quelques vagues que soient la plupart de ces tableaux, qui rangent sous un même titre les formes bénignes et les malignes, nous conclurons cependant à la gravité de l'irido-choroïdite plastique et au fréquent insuccès de l'énucléation dans ce cas. Elle doit être tentée cependant, puisqu'elle est le seul espoir, mais sans trop d'illusion. Son efficacité même confirme singulièrement la contre-indication générale d'après laquelle une énucléation ne doit être faite que si l'œil à extirper est absolument amaurotique : « L'énucléation est *formellement contre-indiquée*, lorsque le premier œil, quels que soient sa lésion et son état d'irritation, conserve encore une certaine faculté visuelle, ou lorsqu'il pourra en recouvrer par une opération ultérieure. Cette contre-indication existe même au début, si la forme maligne de l'ophthalmie sympathique est franchement confirmée. » Si l'on pratiquait l'énucléation d'un œil ayant encore un reste de vision, ne serait-ce pas quitter la proie pour l'ombre ?

on perdrait sûrement ce qui resterait dans l'œil sympathisant sans être certain de sauver l'œil sympathisé. A ce sujet, Vignaux nous conte une intéressante histoire.

Un homme de 53 ans reçoit un coup sur l'œil droit, la vue diminue rapidement; deux mois après, les accidents éclatent dans l'œil gauche, et quand le malade entre à l'hôpital, M. Gayet constate l'existence d'une irido-cyclite sympathique. L'œil droit n'est pas totalement perdu, il conserve encore la perception lumineuse; aussi, l'énucléation n'est-elle pas faite, et après quelques jours de traitement médical le patient est renvoyé dans le même état. On le revoit huit mois après; l'œil gauche, le sympathisé, est complétement perdu, la vision y est absolument abolie, tandis que l'œil droit, celui qui a été primitivement blessé, a pu, même sans opération, recouvrer une assez grande quantité de vision pour permettre au malade de se conduire. « L'énucléation du premier œil n'aurait pas sauvé le second, et le chirurgien aurait à se reprocher d'avoir privé le malade de la seule petite, mais précieuse ressource qui lui restât. »

Pour l'une ou l'autre de ces formes, quand on se décide à l'énucléation, faut-il la tenter dès la détermination prise, ou la renvoyer à un moment plus opportun? Les auteurs diffèrent un peu d'avis à ce sujet. Plusieurs pensent que l'énucléation ne doit pas être faite tant que l'inflammation est encore vive dans l'œil à enlever. Pour Critchett on doit prendre les mêmes précautions à l'égard de l'œil sympathisé; il faut qu'avant de pratiquer l'extirpation du premier œil, le second soit moins enflammé, de peur que l'opération ne provoque une poussée nouvelle. Il n'y aurait pas lieu d'intervenir avant quelques jours de repos au lit, le bandeau sur les yeux, et avant l'emploi d'une légère compression et des antiphlogistiques.

Peut-être serait-il bon de respecter quelques-uns de ces préceptes qu'Arlt appuie de son autorité? D'autre part, M. Gayet n'a jamais vu l'amélioration exalter la maladie

du second œil, bien qu'elle ait été faite en pleine période inflammatoire. Aussi Vignaux dit-il : « les remarques de Critchett et du professeur Arlt ont de la valeur, et nous ne manquerions pas d'en tenir compte dans les cas d'ophthalmie sympathique franchement déclarée, sous forme maligne ou bénigne ; mais nous ne saurions nous arrêter devant cette considération quand il s'agira de la forme irritative sympathique sans lésions matérielles. Ici le danger est dans l'apparition possible d'altérations nouvelles, et l'on est presque certain du succès ; mais il faut agir au plus tôt. Dans les 48 cas que nous rapportons, et pour lesquels l'énucléation a été pratiquée dans les circonstances les plus variées, nous n'avons jamais vu l'énucléation du premier œil influencer défavorablement l'état du second. Dans les cas où l'irritation n'a pas été enlevée d'une façon immédiate ou rapide, elle n'a jamais été surexcitée. »

Nous pourrions maintenant parler du manuel opératoire, décrire la méthode de Bonnet, le procédé, plus expéditif, de M. Tillaux ; mais nous renvoyons aux traités de médecine opératoire. L'énucléation n'est pas seulement employée pour prévenir ou guérir l'ophthalmie réflexe ; elle a d'autres applications importantes et son domaine est plus général. Pour des raisons semblables, nous nous abstenons de parler des accidents qui peuvent compliquer cette opération, ainsi que des différents procédés de prothèse. Notre sujet est déjà assez vaste ; notre tâche nous semble achevée.

Avant de terminer, nous résumerons en quelques mots les résultats de l'énucléation. Nous dirons : l'énucléation préventive s'oppose au développement des accidents sympathiques ; l'énucléation curative guérit presque toujours

les troubles fonctionnels d'origine réflexe, fort souvent les formes bénignes, rarement les formes malignes.

Certes, elle n'est pas infaillible ; mais elle guérit peut-être ou améliore plus de la moitié des ophthalmies sympathiques. Est-il juste de lui demander plus ? Cette opération est une des conquêtes les plus précieuses de la chirurgie contemporaine.

RECUEIL D'OBSERVATIONS

I

ETIOLOGIE.

Causes traumatiques....	Blessures du globe oculaire. Plaies du sourcil. Corps étrangers. Contusions. Brides cicatricielles.
Causes spontanées......	Irido-choroïdites. Opththalmies des nouveau-nés. Moignons douloureux. Coques osseuses. Leucômes adhérents.

II

SYMPTOMATOLOGIE.

Formes nerveuses.......	Amblyopie. Photophobie, larmoiement, Troubles de l'accommodation.
Opththalmies...........	Forme plastique. Forme séreuse. Irido-kératite. Rétinite et chorio-rétinite. Décollement de la rétine. — Cataracte.

OBSERVATIONS ÉTIOLOGIQUES

OBSERVATION I.

Blessure de la partie inférieure de la cornée par éclat de capsule ; consécutivement atrophie de l'œil, cataracte et irido-cyclite ; cyclite sympathique de l'œil opposé ; énucléation ; amélioration rapide. (Dr Brière ; Obs. inédite).

Fontaine, de Fécamp, âgé de 11 ans, reçut, il y a dix-huit mois, dans l'œil droit, un fragment de capsule qui lui perfora la partie inférieure de la cornée. Cet œil, depuis cet accident, s'atrophie de jour en jour, en même temps que l'acuité visuelle diminue dans son congénère. L'enfant, dont la santé générale est bonne et dont les antécédents personnels et héréditaires ne laissent rien à désirer, vient me consulter au commencement de ce mois, juin 1878. Je constate, à droite, un œil atrophié de moitié ; des synéchies postérieures multiples ; une cataracte aride siliqueuse, évidemment traumatique; une cicatrice scléro-cornéenne vers la partie inférieure de la cornée ; une injection périkératique fine ; des douleurs, du larmoiement. En pressant légèrement sur le corps ciliaire, à la partie inférieure, je réveille les douleurs vives de la cyclite. A gauche, larmoiement, photophobie, diminution de la vue ; douleurs spontanées et provoquées par la pression, comme à droite, à la partie inférieure du globe. Pas d'iritis encore, mais hyperémie visible de cette membrane. L'examen à l'ophthalmoscope est impossible, à cause de la photophobie.

Tous ces accidents de l'œil gauche se sont développés lentement depuis un mois et me paraissent être de nature sympathique. Je conseille l'énucléation de l'œil droit ; elle est acceptée et je la pratique quelques jours après. Depuis, l'enfant, qui est très-intelligent, constate lui-même qu'il y voit mieux et qu'il souffre moins de l'œil gauche. La rougeur et les phénomènes inflammatoires s'amendent rapidement sans aucun traitement local. Tout fait donc présager une guérison prochaine.

OBSERVATION II.

Traumatisme de l'œil gauche avec amblyopie consécutive, le congénère restant intact ; nouveau traumatisme du même côté avec phlegmon de l'orbite ; huit jours après, irido-choroïdite, à droite , énucléation de l'œil gauche ; amélioration momentanée à droite, puis perte progressive de la vue. (Dr Wecker ; Obs. inédite).

M. Furo, cultivateur, est âgé de 47 ans et a toujours été d'une bonne santé ; les antécédents héréditaires ne laissent rien à désirer. Il y a trente-sept ans environ, par conséquent à dix ans, en s'amusant avec un camarade, cet homme a reçu un coup de canif dans l'œil gauche ; il ne peut dire au juste à quel endroit. A la suite de cet accident, l'acuité visuelle avait considérablement diminué de ce côté ; les douleurs, après quelques jours, avaient disparu. Au mois de février dernier, Furo reçut un coup de planche sur le même œil qui fut violemment contusionné ; il se déclara une inflammation très-intense et un phlegmon de l'orbite.

Huit jours à peine après ce nouveau traumatisme, l'œil droit, qui était toujours resté excellent, commença à se prendre à son tour ; il devient rouge, son champ visuel se rétrécit, la vision est de moins en moins nette, mais ces phénomènes surviennent sans douleurs spontanées ou provoquées. M. Wecker fait, il y a trois mois, l'énucléation de l'œil gauche Il y eut une petite amélioration momentanée à droite, mais bientôt les accidents reprirent leur marche envahissante sous forme d'irido-choroïdite plastique et aujourd'hui le malade ne peut plus se guider.

OBSERVATION III.

Perforation de l'œil gauche, au niveau de la zone ciliaire, par un fragment de capsule ; atrophie de l'œil , cyclite sympathique de l'œil droit coïncidant avec des douleurs du moignon ; énucléation ; guérison. (Brière ; Obs. inédite).

Granval, de Manéglise, âgé de 14 ans, jouait, il y a onze mois, avec des capsules qu'il faisait partir entre deux cailloux. L'œil gauche, atteint par un fragment de capsule, fut perforé à l'union de la cornée avec la sclérotique et s'atrophia à la suite de cet accident. Il y a un mois, Granval vint me consulter pour des troubles survenus dans l'œil droit. Il a, de ce côté, des douleurs, du larmoiement, de la photophobie et une diminution très-appréciable de la vue ; de plus, il ressent, dans le moignon gauche,

des douleurs très-vives qui coïncident avec celles de l'œil du côté opposé. A part ces troubles oculaires, le malade est d'une excellente santé et ne présente pas d'antécédent suspect. Je constate une cyclite sympathique et je fais l'énucléation du moignon.

Les troubles du second œil se calment aussitôt ; ils disparaissent au bout de 15 jours, sans traitement.

OBSERVATION IV.

Plaie contuse de la cornée de l'œil droit avec issue de l'humeur aqueuse et enclavement de l'iris ; douleurs dans cet œil ; chorio-rétinite sympathique à gauche avec douleurs correspondant, comme siége, à celles de l'œil droit ; amblyopie ; iridectomies répétées à droite suivies, chaque fois, d'amélioration à gauche. (Dransart ; p. 6.)

Le nommé Nicolas Demander, âgé de 26 ans, reçoit un coup dans l'œil droit en avril 1873. Le lendemain de la blessure, le jeune homme se présente à la clinique : la plaie occupe le côté interne de la cornée de l'œil droit sans dépasser les limites de cette membrane, elle est contuse et ne présente pas tendance à une réunion immédiate. Il y a eu issue de l'humeur aqueuse, le cristallin n'a pas été intéressé. — Traitement, repos et bandeau compressif.

Deux jours après, l'œil blessé devient douloureux, on excise un léger prolapsus formé à la surface de la plaie, ce prolapsus était une petite vésicule transparente due à la cicatrice qui avait cédé à la pression intra-oculaire. Il y avait un abaissement considérable de la vision de l'œil blessé. L'excision du prolapsus amena la disparition des douleurs.

Quelques jours après, des phénomènes d'ophthalmie sympathique se manifestent dans l'œil gauche qui devient douloureux et perd son acuité visuelle en grande partie (l'acuité descend à un dixième). L'examen de l'œil ne signale aucun trouble dans les milieux qui sont complétement transparents ; la papille offre des altérations remarquables au niveau de ses vaisseaux. Les artères sont exsangues et offrent l'aspect de cordons blanchâtres filiformes, on perçoit le pouls artériel. Les veines ont un calibre plus considérable que celui des artères, elles sont flexueuses. Il importe de noter que les douleurs siégeaient au côté interne de l'œil gauche, juste à l'endroit correspondant au point où les douleurs avaient leur maximum dans l'œil droit. (Ce point correspond au siége de la blessure.) L'iris est enclavé dans la plaie cornéenne, et c'est aux tiraillements de cet organe qu'on attribue les phénomènes sympathiques. M. Abadie fait une iridectomie (8 jours après l'accident) pour empêcher l'iris d'être tiraillé lors

de ses contractions immédiatement à la suite de l'opération. La vision s'améliore pour l'œil gauche, l'acuité remonte à deux septièmes D L N, échelle de Snellen ; et pour l'œil droit, chose curieuse, l'acuité visuelle redevient normale. L'ophthalmoscope nous montra des phénomènes bien curieux au niveau de la papille gauche. En effet, les vaisseaux étaient redevenus plus larges, le pouls artériel avait disparu ; en un mot, le spasme des artères avait cessé et ces vaisseaux recevaient du sang plus facilement.

Au bout de quatre semaines on constate une rechute complète. L'œil gauche était de nouveau douloureux, l'acuité visuelle avait également baissé. Les artères de la papille de leur côté se présentaient sous l'apparence de cordons filiformes. Il y avait aussi le pouls artériel. La surface de la pupille est injectée, on ne voit presque plus l'anneau sclérotical. Pour combattre ces accidents, M. Abadie eut recours à une iridectomie au niveau de l'œil droit (25 juillet). Cette opération fut suivie de la même amélioration que la première fois. On vit disparaître les douleurs et le pouls artériel au niveau de l'œil gauche.

Le 5 septembre, le malade revient à la clinique se plaignant de nouveau de douleurs et d'une diminution de l'acuité visuelle. Il éprouve en même temps des phénomènes généraux assez importants à noter dans l'espèce. — Il est sujet à des malaises après avoir mangé : il a des maux de tête fréquents et éprouve des vertiges de temps en temps. A l'œil droit : il y a toujours enclavement de l'iris au niveau de la plaie. Cet organe paraît très-adhérent en ce point dans une étendue relativement grande, la sensibilité de cet œil est très-grande à la pression, surtout au côté interne. — Œil gauche, acuité visuelle baissée. Artères de la papille filiformes.

7 septembre. Les douleurs étant de plus en plus fortes et l'acuité visuelle continuant à baisser dans les deux yeux, on se décide à détacher l'iris de ses adhérences à la plaie cornéenne. L'opération était difficile parce que au niveau des adhérences, il n'y avait plus de chambre antérieure, en sorte que le désenclavement ne pouvait se faire par une simple iridectomie.

En effet, il n'y eut pas moyen d'exciser cette partie adhérente de l'iris et on dut se contenter de la détacher de la cornée autant que possible avec une spatulette introduite par la plaie cornéenne. Cette opération amena une disparition des douleurs. — La vision remonta de E à n° 5 IV (Snellen), mais au bout de quelque temps on peut constater que l'iris est de nouveau adhérent au même point de la cornée. En même temps, les douleurs reparaissent, l'acuité visuelle continue à baisser progressivement quoique lentement.

8 octobre. Le malade se plaint d'une exacerbation de douleur lorsque le temps est pluvieux, et accompagnée d'une forte diminution momentanée de l'acuité visuelle. La vue, dit-il, se voile

presque complétement à ce moment. L'examen de la papille fait voir des artères filiformes sans double contour, — le contour de la pupille n'est plus très-net bien qu'on la distingue encore. — Il n'y a aucun trouble dans les milieux de l'œil gauche, aucune synéchie de l'iris. Demander ne peut plus travailler, il a essayé plusieurs fois, mais au bout de quelques minutes il ne peut plus fixer et est obligé de cesser son travail.

15 octobre. L'acuité visuelle baissant toujours et les douleurs ne disparaissant pas, M. Abadie se décide à enlever la cause supposée des accidents, la synéchie antérieure de l'iris. La chambre antérieure manquant au niveau de l'enclavement de l'iris, M. Abadie fit une section de la cornée qui coupa en même temps la synéchie à sa base. On compléta l'iridectomie à ce niveau et on enleva la partie de l'iris qui restait adhérente à la cornée. Traitement. Bandeau compressif.

16 octobre. Disparition des douleurs, la chambre antérieure est reformée.

17 octobre. Le malade ne voit presque pas, l'œil opéré, on constate l'existence d'opacités dans l'intérieur du cristallin, limitées à la partie correspondante à la section de l'iris. La vision de l'œil gauche a diminué un peu, — brouillards.

Les douleurs sont complétement calmées depuis quelques jours. Il n'y a plus la moindre souffrance. Œil droit : l'iris est complétement libre d'adhérences. Les opacités du cristallin sont très-limitées et ne gênent que très-peu la vision. Œil gauche. Le malade lit la troisième ligne D. L. N. à vingt pieds du tableau de Snellen. A l'ophthalmoscope, les artères ont repris leur double contour. Elles ne sont plus filiformes, la pupille est plus nette, la vision s'améliore tous les jours.

OBSERVATION V.

Plaie de la cornée à droite avec enclavement de l'iris ; poussées aiguës avec amblyopie coïncidant, dans l'œil gauche avec des phénomènes douloureux survenant par accès dans l'œil blessé. (Dransart ; p. 22).

Un jeune homme de 17 ans (d'Orléans) se présente à la consultation de M. Abadie se plaignant de souffrir des deux yeux. L'œil droit avait été blessé deux ans auparavant. La cornée seule portait les traces de la blessure dont le siége était à la partie inférieure de cette membrane. En ce point une portion de l'iris se trouvant enclavée, la pupille avait une forme ovalaire. L'acuité de l'œil blessé était mauvaise, elle était inférieure à 1/10. L'autre œil, le gauche (emmétrope) paraissait normal, les milieux étaient transparents, et le fond de l'œil ne présentait aucune lésion

appréciable à l'ophthalmoscope. Néanmoins ce malade se plaignait depuis quatre mois de photophobie accompagnée d'un léger blépharospasme, l'acuité visuelle était diminuée, impossibilité complète de travailler. En outre de temps en temps le globe oculaire devenait rouge et larmoyant, ces poussées aiguës survenaient toujours lorsque l'œil blessé devenait douloureux. Ces phénomènes n'existaient pas lors de la consultation.

Un praticien des plus distingués de Paris, M. D. avait déjà traité l'affection sans succès par les toniques ferrugineux et par les frictions excitantes autour de l'orbite. M. Abadie, croyant que le point de départ des accidents se trouvait dans l'enclavement de l'iris, proposa la section de l'iris, mais le malade ne reparut plus.

OBSERVATION VI.

Plaie du sourcil gauche ; du même côté irido-choroïdite consécutive ayant entraîné la perte de l'œil; atrophie sympathique du nerf optique de l'œil droit; cécité. (Dransart ; Obs. inédite).

Madame Delcroix, journalière, à Fresnes (Nord), est âgée de 42 ans ; elle a toujours été d'une bonne santé. Les antécédents héréditaires sont négatifs. Cette femme, il y a deux ans, s'est fait, dans une chute, une plaie du sourcil gauche, à la suite de laquelle s'est déclarée une inflammation érysipélateuse de la région. L'œil gauche n'a pas tardé à se prendre : une irido-choroïdite très-intense s'y déclare et entraîne rapidement sa perte. L'œil droit se prend à son tour et la vision y est aujourd'hui absolument abolie. A l'ophthalmoscope, je constate une atrophie du nerf optique à gauche, atrophie que je rattache à une origine sympathique.

OBSERVATION VII.

Troubles sympathiques des deux yeux consécutifs à une lésion du sus-orbitaire gauche. (Dransart ; Obs. inédite).

Strady Fidèle, âgé de 38 ans, mineur d'Anzin, porte sur le sourcil gauche une cicatrice au niveau du nerf sus-orbitaire. Les douleurs dont cette cicatrice est quelquefois le siége s'accompagnent d'une diminution de la vue dans les deux yeux. En pressant sur la cicatrice on abolit momentanément la vision de l'œil gauche et on diminue celle de l'œil droit.

OBSERVATION VIII.

Chute sur la nuque ; inflammation et staphylôme d'un œil exerçant une influence pernicieuse sur une infiltration cornéenne de l'autre ; énucléation du premier ; abolition des phénomènes sympathiques du second. (Vignaux ; Obs. XXIX).

Alfred G..., 28 ans, plombier, hôpital de Montpellier, salle Saint-Eloi. Au mois d'août 1875, chute d'un deuxième étage sur la nuque, la face et les yeux n'ont été nullement contusionnés. Le jour même, l'œil droit a été pris de cuisson, de larmoiement ; il se gonfle, rougit, les douleurs lancinantes empêchent le sommeil ; toute vision est abolie et le sera pour toujours dans cet organe. Au bout de quinze jours, les douleurs diminuèrent d'intensité tout en prenant par intervalles, des exacerbations assez vives. Quant à l'œil gauche, il avait été bientôt pris d'inflammation, de photophobie, de larmoiement. Huit mois se passèrent ainsi et la vue ne revenait pas à l'œil gauche ; au contraire, la cornée s'infiltrait de plus en plus, tandis que l'œil droit devenait staphylomateux et sortait entre les paupières. Voyant l'état stationnaire de l'œil gauche, malgré un traitement prolongé de huit mois, M. Courty pratique le 7 mars 1876, l'énucléation de l'œil droit.

Hémorrhagie au moment de l'opération, cautérisation au fer rouge et tout s'arrête. Le malade étant très-disposé aux congestions céphaliques, on le fait se tenir debout toute la journée; bains de pieds sinapisés. Les douleurs cessent, non-seulement dans l'œil droit, mais encore dans la région périorbitaire gauche ; moins de photophobie, moins de brouillards, la vue s'améliore, mais le malade ne peut encore se conduire. Le 12 avril, pupille artificielle au côté externe de l'œil gauche. Sortie : le malade ne peut se conduire.

Le 15 décembre 1876, huit mois après l'opération, la vue a augmenté, le malade compte les doigts à trois mètres. On voit une tache cornéenne presque centrale de deux millimètres. Cette tache paraît bien avoir diminué de ce qu'elle était autrefois, car aujourd'hui elle n'empêcherait pas entièrement la vision par une pupille ordinaire.

OBSERVATION IX.

Pustule maligne amenant la perte de l'œil gauche : irritation du moignon par des brides cicatricielles; chorio-rétinite sympathique à droite ; énucléation; amélioration rapide. (FOUCHER. *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.* Paris, 1867, p. 341.)

Le malade, âgé de 44 ans, avait été atteint en 1861 d'une pustule maligne de la paupière inférieure du côté gauche, qui fut soignée par M. Maisonneuve, au moyen de la cautérisation au fer rouge.

Pendant son séjour à l'hôpital, qui fut de trois mois, ce malade éprouva un peu de photophobie dans l'œil droit ; mais ce fut de courte durée.

En 1866, c'est-à-dire cinq ans après la perte de l'œil gauche, cet homme éprouva des troubles autour de l'œil droit : la vue se troubla, des mouches volantes apparurent, le travail était pénible et amenait du larmoiement. Un traitement avec le sulfate d'atropine, les pilules de sublimé et d'aloès, les vésicatoires volants sur les tempes et sur le cou parurent arrêter, pendant quelque temps, la marche de la maladie.

Lorsqu'il est entré à l'hôpital, nous avons constaté que le globe oculaire gauche est atrophié, mou, dépressible, offrant une cornée opaque, et que la paupière inférieure est presque entièrement détruite ; mais il existait entre le moignon et les restes de la paupière une bride rougeâtre, assez volumineuse, empêchant l'œil de tourner en dedans. Tout autour de l'orbite se trouvait une plaque cicatricielle lisse, luisante, un peu bleuâtre.

L'œil droit présentait un cercle péricornéal assez marqué ; l'œil était d'une coloration normale et se laissait facilement dilater par l'atropine. A l'ophthalmoscope on trouvait une choroïdite légère, la papille était un peu déformée, bleuâtre, et le corps vitré présentait quelques corps flottants. Le malade ne distinguait pas les objets, même volumineux.

Devant de pareils accidents, je me suis décidé à extraire son œil gauche. Les suites de l'opération ont été des plus bénignes et vous avez pu constater que nous avons beaucoup amélioré la vue de notre malade, car il pouvait distinguer parfaitement tous les objets à sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION X.

Iritis de l'œil droit avec névralgies intenses; énucléation; iritis sympathique à gauche, due à une prothèse mal faite; enlèvement de l'œil artificiel; guérison de l'œil gauche. (GALEZOWSKI; Obs. inédite.)

Madame X..., âgée de 37 ans, blanchisseuse, est d'une bonne santé habituelle et n'a pas d'antécédents suspects. Elle souffre depuis 15 ans d'une iritis à droite avec névralgies périorbitaires très-intenses, à formes intermittentes. Il y a 5 ans, M. Giraud-Teulon lui fait l'énucléation de cet œil et quelques mois après on lui pose un œil artificiel. Au mois de mars dernier, Mme X... se présente à la clinique du Dr Galezowski. On constate, chez elle, à gauche, une iritis qu'on ne peut attribuer ni à une cause spécifique, ni au rhumatisme, ni à des troubles menstruels. La cavité du côté énucléé est rouge et tuméfiée. On porte le diagnostic d'iritis sympathique provoquée par l'œil artificiel. On enlève cet œil et on fait des instillations astringentes dans la cavité droite; à gauche, on prescrit des sangsues à la tempe, des instillations d'atropine, des frictions périorbitaires avec de l'onguent napolitain belladoné.

Trois semaines après, il y avait une amélioration très-notable et un mois et demi après le début des accidents, la guérison est complète.

OBSERVATION XI.

Iritis spontanée de l'œil gauche; douleurs vives; énucléation; inflammation de l'orbite par une prothèse mal faite; amblyopie et névralgies de l'œil droit; enlèvement de l'œil artificiel; guérison. (GALEZOWSKI; Obs. inédite.)

Mme Brard, blanchisseuse, âgée de 37 ans, est d'un tempérament scrofuleux. A 18 ans, elle a eu une pneumonie qui a duré 6 semaines. Sa mère vit encore et est bien portante; mais son père est mort d'une phthisie galopante survenue après plusieurs bronchites. Elle a un frère de 29 ans qui tousse depuis longtemps et elle a perdu une sœur morte à 7 ans d'une pneumonie. Quant à elle, elle a eu des boutons aux yeux, mais sa vue était excellente. A l'âge de 22 ans, elle a été prise, sans raison appréciable, d'une iritis à marche insidieuse qui a été négligée et a amené la diminution de la vue dans l'œil gauche, sans cependant

être accompagnée de douleurs. En 1870, cet œil, toujours sans cause apparente, devient douloureux. Des douleurs vives et lancinantes tourmentent la malade pendant un an, et, tous les autres moyens ayant échoué, M. Giraud-Teulon, qui est consulté, fait l'énucléation comme dernière ressource de soulagement. Pendant tout ce temps, l'œil droit était resté excellent. Six mois après l'opération, la malade commence à porter un œil artificiel et le garde deux ans. Puis elle casse cet œil qui était, paraît-il, très-bien fait et le remplace par un autre qui gêne l'orbite, le blesse et l'enflamme. Les douleurs y reviennent de plus en plus intenses; les parties sont rouges, tuméfiées. Il y a 4 ans, au moment où ces douleurs étaient à leur summum d'acuité, l'œil gauche se prend à son tour ; il devient rouge et douloureux ; son acuité visuelle baisse progressivement. M. Galezowski, qui est consulté, fait ôter cet œil artificiel mal fait, qui est, d'après lui, la cause de l'inflammation de l'orbite à gauche et des accidents sympathiques à droite. Les douleurs diminuent aussitôt des deux côtés ; elles se calment peu à peu ; l'acuité visuelle de l'œil droit augmente et quelque temps après la vue redevient excellente.

OBSERVATION XII.

Perte de l'œil droit par choroïdite ; poussée inflammatoire et cyclite avec névralgies intenses; énucléation; disparition des douleurs ; inflammation de l'orbite par une prothèse mal faite ; iritis et névralgies ciliaires sympathiques de l'œil gauche; enlèvement de l'œil artificiel; guérison. (Mooren.)

Une malade de 19 ans, L. B..., avait perdu, étant encore enfant, la vue de l'œil droit, par une choroïdite ectasique. Après la terminaison de la maladie, l'œil resta exempt de douleurs pendant quelques années ; puis à la première menstruation, l'inflammation se reproduisit sous la forme d'une cyclite avec des névralgies ciliaires violentes et des extravasations sanguines répétées dans la chambre antérieure. Ces circonstances m'engagèrent à pratiquer l'énucléation, le 9 novembre 1866. Le résultat me satisfit entièrement. Les douleurs cessèrent et l'accommodation se rétablit complétement (pour l'œil gauche.) On lui posa un œil artificiel. Je la perdis de vue jusqu'à l'été 1867, époque où elle se présenta de nouveau, se plaignant de ce que son œil la faisait souffrir et qu'il se fatiguait vite. A l'œil même on ne voyait rien, si ce n'est une injection péri-cornéale peu développée qui m'engagea toutefois à instiller de l'atropine. La malade me demanda s'il pouvait y avoir une influence irritative de la part de l'œil artificiel, à quoi je répondis bien négativement. Quelques jours plus tard, la malade revint de nouveau. Contre mon attente, les

phénomènes inflammatoires avaient augmenté, l'humeur aqueuse était légèrement troublée, et l'atropine n'avait exercé presque aucun effet sur la dilatation de la pupille. Comme ces signes réunis m'inspiraient une certaine inquiétude, je fis revenir la malade deux jours après. Je fus bien contrarié de constater que, pendant ce court espace de temps, l'inflammation avait encore augmenté. Des névralgies ciliaires excessivement pénibles s'étaient jointes aux phénomènes de l'iritis, les paupières étaient œdémateuses, la conjonctive légèrement gonflée, la pupille s'était rétrécie davantage, la paroi postérieure de la cornée était tachetée de quelques dépôts fins et pointillés. La vue s'était affaiblie dans la même proportion, au point que la malade ne distinguait plus mes doigts qu'avec peine. La mère qui m'avait amené la malade, me dit que la céphalalgie frontale se présentait maintenant avec une intensité égale aux deux arcades orbitaires.

Alors seulement je fis enlever l'œil artificiel pour examiner l'orbite.

Toute la muqueuse était tuméfiée et d'un rouge foncé, mon étonnement s'accrut, lorsqu'en effleurant du doigt la paroi interne de l'orbite, je vis la jeune patiente frémir de douleur.

Chaque fois que je répétai cette épreuve, la région dans laquelle le nerf naso-ciliaire se répand d'habitude, ainsi que toute l'insertion du nerf optique, se montraient excessivement douloureuses. Evidemment les arêtes saillantes de la coque de l'œil artificiel avaient exercé une irritation et produit ainsi les mêmes sensations douloureuses à la pression, qu'autrement on n'observe qu'en présence d'une inflammation du corps ciliaire. Dès ce moment, l'œil artificiel fut enlevé ; l'atropine, qui n'avait produit aucun effet sur les phénomènes inflammatoires de l'œil gauche fut abandonné. A l'intérieur, on donna des dérivatifs, on couvrit de cataplasmes l'œil atteint d'iritis, ainsi que l'orbite enflammé, on donna le soir de la morphine suivant le besoin. Deux jours après, les névralgies ciliaires avaient disparu, l'orbite droit offrait moins de sensibilité à la pression. En même temps, il se fit une diminution progressive de l'injection péricornéale du côté gauche, puis le chémosis commença à s'effacer, et en douze jours les symptômes inquiétants avaient tellement diminué, qu'on put reprendre les instillations d'atropine. Au bout de quelques semaines, la guérison était complète. Ce qui me frappa le plus, ce fut la longue durée de la sensibilité de l'orbite, il s'écoula au moins trois semaines avant que cette sensibilité et surtout celle qui se rapportait au tronc du nerf optique, eussent entièrement disparu.

OBSERVATION XIII.

Hydrophthalmie de l'œil gauche avec cataracte pierreuse d'origine traumatique ; crises névralgiques à gauche, s'iradiant dans la tempe droite; photophobie et larmoiement sympathiques à droite ; extraction de la cataracte ; disparition des douleurs ; énucléation; guérison. (Galezowski ; Obs. inédite).

Mademoiselle X..., demeurant à Saint-Omer, âgée de 29 ans, vint me consulter le 19 octobre 1876.

Elle était atteinte d'une hydrophthalmie de l'œil gauche avec cataracte pierreuse. La vue de cet œil était perdue depuis l'âge de 14 ans à la suite d'un coup de pierre qu'elle avait reçu. Pendant les derniers 8 ou 9 ans, elle souffrait constamment dans l'œil et le front, très-fortes douleurs périodiques comme des rages de dents : elle ne pouvait pas dormir. Quelquefois elle était tranquille 6 ou 7 mois, puis les crises revenaient de plus en plus fortes. La dernière crise a duré 4 mois sans discontinuer. De temps en temps, la vue de l'œil droit se troublait, elle voyait des éclairs, elle avait de la photophobie et du larmoiement ; deux fois elle a eu des douleurs névralgiques à la tempe droite. La vue de cet œil est hypermétrope et ne présente point de lésion.

J'ai dû pratiquer l'extraction de la cataracte, car la malade ne consentait pas à l'énucléation, le 21 novembre 1876. Six semaines après, elle est partie guérie, ne souffrant plus du tout.

Un an après, il commença à se former une petite varicosité à la partie interne, à l'endroit de la plaie, à l'union de la cornée et de la sclérotique. Cela a saigné constamment rien qu'à un frottement des paupières et la malade est revenue me voir le 10 mai 1878 ; j'ai pratiqué l'énucléation le 14 mai 1878 sans aucune difficulté. Aujourd'hui, la plaie se cicatrise, elle ne souffre plus et l'œil droit est meilleur.

OBSERVATION XIV.

Atrophie douloureuse de l'œil gauche à la suite de traumatisme ; irido-choroïdite sympathique à droite avec altération du cristallin ; énucléation de l'œil gauche ; guérison. (Meyer ; Obs. inédite).

Le nommé Lamothe, Jean-Baptiste, âgé de 49 ans, bûcheron, de constitution scrofuleuse, se présente à la clinique du Dr Meyer, le 25 janvier 1876. On constate chez ce malade, à l'œil gauche une atrophie très-prononcée du globe, survenue, il y a douze

ans, à la suite d'un traumatisme. Ce moignon est resté le siége d'une sensibilité anormale, sujette à des exacerbations fréquentes, Depuis quelque temps, l'œil droit est atteint d'irido-choroïdite avec altérations nutritives du cristallin qui est le siége d'une infiltration albumineuse déjà assez avancée.

L'énucléation de l'œil gauche est faite le 26 janvier et la cicatrisation s'accomplit rapidement.

Le 7 février, une iridectomie est faite à l'œil droit, et donne les meilleurs résultats. La force visuelle est notablement accrue.

Enfin, un an plus tard, ce malade revient à la clinique se faire opérer de la cataracte de l'œil droit qui est maintenant constituée. L'opération, suivie d'iridectomie, réussit pleinement et le malade peut se conduire sans difficulté dans ses courses de marchand ambulant.

OBSERVATION XV.

Traumatisme de l'œil gauche; douleurs vives survenant dans le bulbe atrophié près de 5 ans après l'accident; troubles sympathiques de l'œil droit; énucléation; guérison. (Galezowski, Obs. inédite).

Emile Viel, âgé de 10 ans, est d'une bonne santé, ses parents sont également bien portants. En jouant avec ses camarades, il y a près de 5 ans, il reçut un coup de pierre sur l'œil gauche qui fut crevé. Il ne survint pas d'autre accident à cette époque et la cicatrisation se fit régulièrement. Pendant plus de 4 ans tout resta dans l'ordre. Mais, il y a 6 semaines, l'œil gauche devient douloureux ; il est d'abord larmoyant et le siége de vifs élancements, puis il s'enflamme et provoque des douleurs péri-orbitaires très-intenses et des maux de tête. Bientôt l'œil droit est pris de larmoiement et de photophobie ; la vue devient trouble au point que le petit malade ne peut plus même jouer. Sa mère le retire de l'école, le soigne pendant quelques jours et, comme rien n'y faisait, l'amène à M. Galezowski qui pense qu'il s'agit, du côté droit, de troubles sympathiques. L'énucléation de l'œil gauche est faite il y a 3 semaines et aujourd'hui l'enfant est déjà très-bien; sa vue du côté droit s'est améliorée si rapidement que depuis 8 jours il retourne à l'école, comme auparavant.

OBSERVATION XVI.

Perte de la vue de l'œil droit par injection d'un liquide caustique; douleurs et atrophie de l'œil avec coque osseuse entre la rétine et la choroïde; chorio-rétinite sympathique et amblyopie considérable à gauche; énucléation du moignon droit, puis iridectomie à gauche; amélioration de la vue de ce dernier côté. (DRANSART; p. 12).

M. X..., bolivien, âgé de 40 ans, ayant perdu complètement la vue, se décide à faire le voyage de son pays à Paris. Il arrive en juillet 1873 à la clinique de M. Abadie. M. X... a perdu l'œil droit il y a cinq ou six ans, d'une ophthalmie qui, d'après son dire, serait consécutive à l'injection d'un liquide caustique dans cet œil. — Consécutivement; il vit diminuer peu à peu la vision de l'œil gauche, en même temps les deux yeux étaient le siége de douleurs névralgiques intenses. C'est lorsque la perte de la vue fut complète qu'il vint à Paris.

Etat du malade à son arrivée (juillet 1873).

Œil droit : moignon ratatiné présentant les restes d'une cornée opaque. Douleurs spontanées à la pression.

Œil gauche : cataracte avec opacité siégeant derrière la capsule et présentant un aspect blanc crayeux, peu de synéchies. Depuis six ans, le malade souffrait beaucoup. Les antécédents ne laissent découvrir aucune affection générale à laquelle on puisse rattacher les troubles oculaires. Il n'y a ici ni syphilis, ni goutte, ni rhumatisme.

On diagnostique une ophthalmie de cause externe ayant amené la perte de l'œil droit, et c'est à l'ophthalmie sympathique qu'on attribue les lésions de l'œil gauche. Comme il n'y avait pas eu de trausmatisme, M. Abadie supposa qu'il y avait une coque osseuse dans le moignon. La pression sur ce moignon était très-douloureuse, et en pressant un peu, on pouvait sentir une dureté toute particulière à ce niveau, ce dernier signe fit admettre comme certaine la présence de la coque osseuse. On fit l'énucléation du moignon, et l'autopsie vérifia la justesse du diagnostic au sujet de la coque osseuse qui existait ici entre la rétine et la choroïde.

L'ablation fit disparaître complètement les douleurs à droite, mais l'œil gauche resta encore un peu sensible.

Avant de rien tenter sur l'œil gauche, on attendit un mois et demi. On appliqua quelques ventouses, le malade prit du sulfate de quinine jusqu'à ce que l'œil gauche cessât d'être douloureux. Quelques troubles du côté du foie contribuèrent également à retarder l'intervention au sujet de l'œil gauche. — Etat de l'œil

lors de l'opération : Quelques synéchies de l'iris. Cristallin opaque; non seulement le noyau est pris, mais les masses sous-capsulaires présentent un aspect blanc crayeux tranchant sur le fond opaque du cristallin en indiquant que ces masses sous-capsulaires sont dégénérées. Perception lumineuse quantitative existe encore, mais en partie seulement, le malade voit la lumière d'une lampe à quatre ou cinq pieds, quand on baisse la lampe, la perception disparaît vite.

Opération. — Dans ce cas, à cause des synéchies, il fallait faire l'iridectomie, et le procédé de de Graëfe pouvait seul convenir. L'opération se fit très-bien, le noyau cristallin en sortit facilement, mais il fallut prendre avec des pinces les masses sous-capsulaires.

Le lendemain, plaie très-nette et fermée le deuxième jour. Hémorrhagie considérable, la chambre antérieure et le corps vitré sont remplis de sang, et les lèvres de la plaie cornéenne s'écartent. Traitement : ventouse Heurteloup et bandeau compressif.

L'hémorrhagie se résorba peu à peu, et, bien que la plaie se soit entr'ouverte, il n'y a pas eu de sphacèle de la cornée; cette membrane s'est bien nourrie. Dans un des angles de la plaie, il est resté un léger entrebâillement occupé par un caillot sanguin, recouvert d'une cicatrice plus faible. Le bandeau compressif suffit pour le faire disparaître. Il y eut, en fin de compte, une excellente guérison, car les milieux de l'œil sont maintenant complètement transparents. La perception qualitative existe chez le malade, mais elle est faible, à cause de l'état de la papille ; le malade distingue et compte très-bien les doigts à deux pieds et demi. Mais le nerf optique présente des altérations très-intéressantes : la papille est pâle, les vaisseaux sont grêles et diminués de calibre. Donc, dans ce cas, il y a une atrophie de la papille, coexistant avec des troubles de la choroïde, indiqués par les synéchies et les opacités cristalliniennes.

OBSERVATION XVII.

Ophthalmie et poussées glaucomateuses à droite; diminution de l'acuité visuelle à gauche, correspondant avec les poussées douloureuses de l'œil droit ; énucléation de ce dernier œil; disparition des troubles du congénère. (DRANSART ; Obs. inédite.)

Soupe, Œgésippe, 25 ans, tisseur à Basuel, près le Cateau, se présente, le 27 mai 1878, à notre observation. Ce jeune homme souffre beaucoup de l'œil droit, atteint de buphthalmos consécutif à un abcès de la cornée. (Cet œil est perdu depuis 20 ans ;

est sujet à des poussées glaucomateuses.) En même temps, le patient se plaint d'une grande diminution de la vue de l'œil gauche. Il a remarqué que la vision de cet œil est plus faible le matin que l'après-midi; le matin, l'œil droit est toujours beaucoup plus douloureux que l'après-midi. Il y a une relation manifeste entre les phénomènes douloureux de l'œil droit et la diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche.

Ophthalmoscope. — Milieux normaux, papille un peu injectée, veines de calibre assez gros; les artères sont d'un calibre faible, l'image ophthalmoscopique leur donne une dimension d'un bon tiers de millimètre.

Nous prions le malade de malaxer son œil droit et de le rendre douloureux par une pression faite pendant un quart d'heure. Au bout de ce temps, l'œil gauche se trouble, comme cela arrive tous les matins. Nous examinons de nouveau à l'ophthalmoscope, et nous trouvons les artères considérablement rétrécies; elles sont filiformes. Le changement est des plus manifestes.

Nous conseillons au malade l'énucléation de l'œil droit.

Aujourd'hui, 29 mai 1878, le malade se présente au matin. Avant de procéder à l'énucléation, nous examinons le malade, l'œil droit est très-sensible à la pression.

A l'ophthalmoscope, les artères sont remarquablement filiformes.

L'énucléation est faite immédiatement après l'examen. L'œil est considérablement augmenté de volume. Le diamètre antéro-postérieur égale trois centimètres et demi. Des caillots sanguins de diverses dates remplissent presque toute la cavité de l'œil. L'iris est atrophié, et ses restes sont adhérents à la cornée. La sclérotique est atrophiée à la partie antérieure où fait saillie la choroïde.

29 *mai, soir.* — Toute la journée, le malade a ressenti des douleurs. A l'ophthalmoscope, je constate que la papille est injectée et que les artères sont filiformes.

2 *juin.* — Le malade ne ressent plus aucune des douleurs des jours précédents; le brouillard du matin a disparu. Le calibre des artères a augmenté sensiblement, bien qu'il ne soit pas encore normal.

OBSERVATION XVIII.

Accidents glaucomateux à droite; perte de la vue; irido-choroïdite sympathique à gauche; énucléation; amélioration notable. (Gayet; Obs. inédite.)

Hermet, Caroline, couturière, âgée de 40 ans et d'une bonne santé générale, a eu, il y a huit ans, une affection glaucomateuse

de l'œil droit, à la suite de laquelle elle perdit cet œil en trois semaines; la vue est abolie de ce côté et le globe atrophié. Il y a huit jours, elle ressentit de violentes douleurs dans l'œil gauche, après y avoir eu du larmoiement pendant deux jours. La vision a diminué très-rapidement; le globe est dur, tendu, douloureux à la pression; la cornée est terne, la chambre antérieure paraît agrandie; la pupille est atrésiée, l'iris décoloré, le cristallin opaque. La malade distingue à peine la main à 40 centimètres.

Le 28 mai, je fais l'énucléation de l'œil droit, et je trouve, à la région postéro-interne du globe, un double staphylôme d'une couleur bleuâtre.

Les suites de l'opération sont des plus simples, et la vision se rétablit rapidement dans l'œil gauche.

OBSERVATION XIX.

Irido-choroïdite plastique spontanée à gauche, avec perte de la vision; irido-choroïdite plastique sympathique à droite; énucléation; amélioration. (Gayet; Obs. inédite.)

Bertrand, Angélique, journalière, âgée de 28 ans, est d'une bonne santé générale et bien réglée. Depuis deux ans, sans cause connue, sa vue commence à s'affaiblir. L'œil gauche est le premier à se prendre; son acuité visuelle diminue peu à peu et finit par être absolument abolie. L'œil droit n'est pris que depuis treize mois; sa vue est aussi tellement amoindrie qu'elle ne permet pas à la malade de se diriger. Cependant, il y a encore, de ce côté, une légère perception de la lumière. Il n'y a jamais eu la moindre douleur. A gauche, le globe oculaire est dur et tendu, la cornée est opaque, remplie d'infiltrats blanchâtres, et ne se laisse que très-imparfaitement traverser par la lumière oblique; l'iris présente un orifice pupillaire atrésié, offrant des synéchies nombreuses et ne réagissant pas à la lumière. A droite, les lésions sont les mêmes, à un degré peut-être un peu moins avancé; c'est ainsi que l'on peut constater aussi de la dureté et une tension exagérée du globe oculaire; que la cornée présente une notable opacité et est infiltrée d'exsudats, et que l'iris décoloré est déformé par des synéchies. Le 11 mars, je fais l'énucléation de l'œil gauche. Tout marche classiquement; seulement, au moment où les ciseaux ont tranché le nerf optique au ras de l'œil, l'humeur vitrée liquide s'est échappée, et l'œil, après s'être brusquement ramolli, s'est flétri. Les suites de l'opération furent simples, et la cicatrisation se fit régulièrement. Depuis l'énucléation, la vue a un peu reparu à droite; la malade a pu distinguer un flacon bleu d'atropine, quand elle distinguait à peine, auparavant, la nuit du jour. L'amélioration s'accentue les jours suivants.

Le 1er avril, je pratique l'iridectomie. La vue continue à s'améliorer; la malade commence à voir ses doigts; elle sort dans cet état de l'hôpital, où elle était entrée aveugle.

OBSERVATION XX.

Plaie de l'orbite gauche par arme à feu; rétinite avec large exsudat; amaurose de l'œil gauche; amblyopie sympathique de l'œil droit; énucléation; guérison. (COHN).

Un soldat est frappé par une balle à l'angle externe de l'œil gauche; la balle est extraite une demi-heure après la blessure. Un fragment du rebord orbitaire était enlevé par la balle.

Le malade est complétement aveugle de cet œil; quatre semaines après on le transporte à petites journées en Allemagne. Il n'avait pas été encore examiné à l'ophthalmoscope lorsque je le vis pour la première fois; voici ce qu'on trouve au fond de l'œil : je ne vis qu'une grande tache blanchâtre, tellement étendue, qu'on n'en voit pas d'aussi grande dans les atlas. Je ne vis rien que cette grande tache blanchâtre, d'un diamètre de huit à dix fois celui de la papille, entourée de pigment, et sur les bords de laquelle il était difficile de voir si cette lésion appartenait à la rétine ou à la choroïde. Plus j'examinais le malade, plus j'arrivais à la conclusion qu'il s'agissait d'un exsudat considérable. Sur cette large tache, on n'apercevait rien de la pupille ni des vaisseaux. Cette tache s'étendait en dehors, dans l'endroit correspondant à la contusion qui avait intéressé le bulbe.

Lorsque j'examinai le malade pour la première fois, l'œil sain avait une acuité visuelle de 50/70, et lisait le n° 7 de Jœger, de quatre à vingt-quatre pieds de distance et lisait mal les mots du n° 4. Le n° 3 était le plus petit caractère qu'il pût lire. Je n'avais jamais vu jusque-là de cas semblable où pareille chose ait entraîné une ophthalmie sympathique. Je dois mentionner expressément qu'il n'y avait pas trace d'iritis, ni de cyclite, ni d'irido-cyclite. Rien, si ce n'est une amaurose absolue, car il n'avait même pas la perception de lumière à la flamme du magnésium. Rien, par conséquent, des causes habituelles qui peuvent produire une affection sympathique, et pourtant dans l'autre œil, il y avait diminution d'acuité visuelle.

Je tins le malade en observation et l'examinai toute la semaine. Toutes les médications restèrent complètement infructueuses contre la diminution de l'acuité visuelle. Le 11 mars, c'est-à-dire cinq mois plus tard, il me revint avec une acuité visuelle de l'œil précédemment sain, de 40/70. Le punctum proximum était reculé de quatre à douze pouces. Le malade ne pouvait fixer longtemps,

au bout de quatre à cinq minutes, il devait cesser son travail. Il disait qu'il lui semblait être dans un théâtre où les lumières de la scène passaient continuellement devant les yeux.

Je me décidai donc à l'énucléation, bien qu'il n'y eût trace sur l'œil primitivement atteint, ni d'iritis, ni de cyclite, ni sur l'autre œil, trace d'une altération objective apparente.

Les résultats de l'examen anatomique, faits par le professeur Waldeyer, sont une chorio-rétinite chronique avec formation d'un exsudat plastique à la face interne de la rétine et une atrophie de la choroïde. On n'a pas trouvé d'autres lésions. Le corps ciliaire était complètement intact.

Voici encore quelques remarques cliniques : l'énucléation a eu lieu sans aucune difficulté. Le 6 avril, c'est-à-dire quatre semaines après l'opération, l'acuité visuelle de l'autre œil était revenue à 50/50 et le malade lisait le n° 1 1/2 de Snellen, de quatre jusqu'à seize pouces de distance. Donc, il y avait restitution complète de la vision.

OBSERVATION XXI.

Rétinite de l'œil droit consécutive à une plaie de la paupière supérieure; amblyopie de l'œil gauche; énucléation; guérison. (Coux).

Un soldat reçoit un éclat d'obus sur la paupière supérieure droite qui produisit une toute petite blessure de la peau à laquelle on fit à peine attention. Néanmoins, il survint bientôt des troubles visuels. Je ne le vis que cinq mois après le combat du Bourget; le 20 mars 1871.

A l'ophthalmoscope, tous les milieux de l'œil étaient complètement clairs, et on ne trouvait pas d'autre altération que la suivante : Au niveau de la macula lutea, une tache brune rouge proéminente, du volume d'une grosse tête d'épingle, entourée d'une zone d'un rouge un peu jaunâtre; cette zone se terminait des deux côtés par une double bande blanche très-petite et horizontale. L'acuité visuelle était en rapport avec la lésion. Il y avait un scotome central correspondant exactement à la place de la macula lutea. Il reconnaissait encore excentriquement les caractères d'imprimerie de Snellen n° 20, mais seulement avec beaucoup de difficulté. Cet homme, chez lequel je n'avais jamais songé que l'énucléation fût possible, revint au bout de plusieurs semaines. Il avait alors pour l'autre œil le point de vision rapproché à huit pouces, pour les caractères n° 3 de Snellen, et ce n° 3 était la plus petite écriture qu'il pût lire, tandis qu'au début, il avait lu couramment 1 1/2 depuis quatre pouces et demi jusqu'à

vingt-deux pouces, et 3 depuis quatre pouces jusqu'à quarante pouces.

Lorsque je le vis, le 22 avril, son acuité visuelle que j'avais d'abord notée à 40/40, un mois plus tard, n'était pas nette à 40/40. Comme j'avais constaté ces résultats dans le premier cas et que je n'étais pas convaincu qu'il pût survenir une affection sympathique sans cyclite et sans iritis, je lui conseillais l'énucléation parce que le travail lui était impossible avec l'autre œil. Pas de larmes ni dans un cas ni dans l'autre. Je pratiquai l'énucléation le 22 août de cette année. Dans cette planche, vous trouverez un dessin de la coupe de la rétine : dans le même plan que Valdeyer l'avait pratiqué.

Il trouva l'autre œil intact; rien dans l'iris et le corps ciliaire. Tous les milieux clairs, mais à la place de la macula lutea un soulèvement, une proéminence en forme de mamelon qui correspond exactement à l'image ophthalmoscopique, c'est-à-dire qu'au lieu d'une fossette centrale on trouve une saillie, une éminence centrale. A ce niveau, les cônes de la tache jaune étaient altérés, rétractés, atrophiés.

L'énucléation se fit sans difficulté. Je viens de revoir le malade le 22 août, il avait de nouveau obtenu une acuité visuelle de 70/70 de l'œil sain et lisait couramment le 1 1/2 de quatre à dix-neuf pouces de distance.

Ces faits me paraissent établir que les phénomènes sympathiques peuvent survenir même sans que le corps ciliaire ou l'iris soient affectés. Je dois observer que lorsque je parcourus la littérature médicale, j'ai trouvé très-peu de cas analogues. Il y a juste aujourd'hui huit ans que, dans ce même local, cette même question a été traitée. Zehender mentionnait dans son journal mensuel que Donders avait déjà remarqué qu'on devait distinguer, de l'irido-cyclite et de l'irido-choroïdite, une forme particulière de l'ophthalmie sympathique, où il n'y avait que des phénomènes subjectifs. (Je ne savais pas cela lors de mon opération.)

OBSERVATION XXII.

Ophthalmie des nouveau-nés, perforations et staphylôme d'un œil, son influence sympathique sur un infiltrat cornéen de l'autre œil; énucléation du premier organe; guérison du second. (Vignaux ; Obs. XXX).

Enfant D..., âgé de 11 mois, opéré en ville par M. Gayet. L'enfant avait une ophthalmie des nouveau-nés, tout allait bien, mais les soins médicaux furent interrompus trop tôt, et un jour qu'on le croyait guéri, on constata une large perforation à travers un

abcès de la cornée de l'œil droit. La projection de l'iris contre l'ouverture cornéenne enraya l'abcès ; pendant ce temps, l'autre œil surveillé n'était le siége que d'une sécrétion insignifiante ; il semblait guéri, mais six semaines après, on constata dans cet œil une petite infiltration purulente cornéenne, en forme de ligne transversale ; un jour même, la chambre antérieure fut trouvée pleine d'un exsudat, qui masquait la pupille et semblait joindre l'iris à la face postérieure de la cornée. Cette fausse membrane qui fit d'abord notre désespoir (l'autre œil étant déjà perdu), était pourtant un moyen de salut.

Elle établit, entre l'iris et la cornée si malade, une vascularisation dont nous pûmes suivre le développement et grâce à laquelle le processus destructeur fut enrayé. Il restait de graves inquiétudes sur le sort de l'iris et de la pupille, sur la probabilité de larges adhérences centrales, mais il était permis d'espérer soit en la possibilité d'opérations ultérieures, soit même dans la puissance de résorption, qui existe chez tous les petits enfants. C'est cette dernière alternative qui s'est réalisée, et pendant que l'œil *droit* guérissait avec une large cicatrice dont l'iris formait la base, nous avions la satisfaction de voir dans l'œil *gauche* l'exsudat se résorber peu à peu, la pupille réapparaître, devenir libre et noire (effet remarquable de résorption).

Un large leucôme avec un point central très-saturé correspondait au point qui avait été vascularisé et qui se trouvait en projection sur le bord inféro-interne de la pupille.

Ici commence tout l'intérêt de cette observation au point de vue de la sympathie. En effet, pendant les mois qui suivirent, un staphylôme presque total ne tarda pas à se développer à droite et l'enfant parut en proie à des douleurs persistantes, qui le rendaient quinteux et semblaient même influencer son développement physique. Heureusement pour lui, sur un point aminci de son staphylôme une fistule s'ouvrait de temps en temps, et à chaque détente, l'état local et général semblait s'améliorer. Dès ce moment, nous reconnûmes son influence évidente sur la résorption du leucôme gauche. Cette résorption était évidente tout le temps que le staphylôme restait affaissé, tandis que la saturation augmentait pendant les périodes de tension.

Dès ce moment, M. Gayet songea à l'énucléation, sentant trop bien son impuissance à guérir l'œil droit où la vision était absolument nulle. Il eut quelque peine à faire accepter ce sacrifice aux parents, fatigués de voir un traitement déjà si long et si pénible pour l'enfant. Mais l'influence néfaste de l'œil droit sur l'œil gauche devint si évidente, même pour eux, qu'ils finirent par s'y résoudre. L'opération fut pratiquée au milieu de l'été de 1876. Les résultats furent on ne peut plus simples et on ne peut plus rapides. Depuis cette époque, l'enfant s'est transformé, il s'est développé, il a repris l'entrain et la gaîté ; mais l'effet le plus remarquable

s'est encore produit sur le leucôme gauche. La résorption a commencé par les bords, elle a gagné, sans interruption, vers le centre et aujourd'hui, 3 décembre 1876, cette énorme tache est réduite à un point de deux millimètres de diamètre, occupant la place signalée déjà, et ne pouvant gêner la vision que d'une façon très-secondaire.

Il est certain pour tous que l'enfant jouit de facultés visuelles très-étendues, bien qu'on voie encore son œil exécuter ces mouvements désordonnés que provoquent toujours les taies de la cornée.

Nota. — L'atropine dont on se servait au début du traitement était très-difficile à employer parce qu'une instillation de quatre à cinq gouttes, mettait le malade dans un coma léger avec un peu de cyanose, et ces symptômes d'empoisonnement persistaient pendant quatre ou cinq jours.

En juin 1877, onze mois après l'énucléation, persistance et progrès de la guérison, l'acuité visuelle a augmenté, il reconnait les personnes à une certaine distance; l'enfant commençant à marcher, se dirige très-bien du côté d'un objet qu'il désire et situé à quatre ou cinq mètres.

OBSERVATION XXIII.

Leucôme avec iritis et synéchies iriennes sur un œil; irritation sympathique de l'autre; énucléation du premier; guérison du second. (VIGNAUX; Obs. LXXXIII).

Madeleine P..., 25 ans, demeurant à Lyon, Hôtel-Dieu, mars 1876, salle Sainte-Marguerite, n° 12, service de M. Gayet Depuis son enfance, cette malade avait un leucôme cornéen qui la privait entièrement de la vue de l'œil gauche L'origine de ce leucôme est inconnue. Cet œil gauche, qui n'avait jamais été douloureux antérieurement, l'est devenu depuis deux mois; les douleurs furent d'une grande violence, avec irradiations péri-orbitaires, et actuellement elles persistent encore. Il y a une sensibilité considérable à la pression, l'œil est injecté, l'iris est en synéchie presque totale et la vision est absolument nulle. Six à sept semaines après le début des douleurs de son congénère, l'œil droit commença à éprouver certains troubles irritatifs. La vue baissa, des douleurs se firent sentir avec une certaine persistance et un certain rapport avec celles de l'autre œil; il y eut larmoiement, photophobie, sensibilité à la pression, diminution de la force accommodative, acuité visuelle peu diminuée lorsque l'œil vient d'être un certain temps en repos, et enfin intégrité organique.

Le 31 mars 1876, *énucléation* de l'œil gauche « aveugle primi-

tivement affecté. » Les suites opératoires furent simples et, huit jours après, la malade sortait guérie, emportant un œil artificiel. En juin 1877, quatorze mois après l'énucléation, persistance de la guérison, pas de douleurs, vue excellente, pas de fatigue de l'œil artificiel, et au point de vue cosmétique même, rien à désirer.

OBSERVATION XIV.

Atrophie spontanée de l'œil droit. — Irido-choroïdite sympathique à gauche, avec altérations du cristallin. — Iridectomie de l'œil gauche. — Guérison. (Meyer ; Obs. inédite).

Le nommé Lassinat, âgé de 60 ans, se présente à la clinique le 8 juin 1877, offrant :

A l'œil droit, une atrophie du globe de date très-ancienne; le moignon, autrefois douloureux, est aujourd'hui insensible à la pression.

A l'œil gauche, une irido-choroïdite sympathique avec synéchie postérieure totale et altérations albumineuses du cristallin.

Le 9 juin, l'iridectomie est faite avec succès sur l'œil gauche. Le 15 décembre suivant, le malade revient se faire opérer de la cataracte qui s'est développée du même côté. L'opération réussit et le malade récupère en partie sa force visuelle.

OBSERVATION XXV.

Atrophie douloureuse d'un œil; *irritation sympathique intense de l'autre*; *énucléation*; *guérison.* (Vignaux ; Obs. XLIV).

Marie B..., 13 ans, de Lyon, Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 69. entrée le 16 mars 1873, service de M. Gayet. Cette enfant a perdu l'œil droit à l'âge de trois ans; depuis quelque temps le moignon est devenu le siége de douleurs spontanées et de sensibilité à la pression. Un mois et demi après le début de cette recrudescence, il y a trois semaines, l'œil gauche, indemne jusque-là, s'est pris à son tour. Cet œil voit les objets à travers un brouillard, peu de photophobie et de larmoiement, mais douleurs péri-orbitaires et sensibilité à la pression.

L'ophthalmoscope montre une pupille un peu plus rouge qu'à l'ordinaire, les vaisseaux rétiniens un peu plus dilatés, mais ces signes ne suffisent pas pour démontrer une lésion de la rétine. L'acuité visuelle a considérablement baissé.

Le 19 mars 1873 fut pratiquée l'*énucléation* du moignon droit.

Cette opération n'eut que des suites opératoires simples. La petite malade assure que depuis deux jours qu'elle est seulement opérée, la vision est beaucoup moins trouble qu'elle ne l'était auparavant. Quinze jours après plus de douleurs, sortie. Pendant quelque temps encore, les travaux fins de couture restèrent un peu pénibles.

Juin 1877. Quatre ans et trois mois après l'énucléation, guérison complète ; cette jeune fille peut écrire et travailler sur le métier à tisser la soie ; elle n'a plus souffert de son œil. Lorsque la coque oculaire artificielle a plus d'un an de service et qu'elle est usée, elle détermine de temps en temps quelques troubles insignifiants qui s'évanouissent dès que cette coque est remplacée par une autre.

OBSERVATIONS SYMPTOMATOLOGIQUES

OBSERVATION I.

Plaie cornéo-scléroticale à gauche par éclat de bois; irido-choroïdite plastique consécutive; amblyopie sympathique à droite. (Wecker ; Obs. inédite.)

Lavigne, Emile, âgé de 14 ans, apprenti serrurier, est d'une bonne santé générale et de parents également bien portants. Il n'avait jamais rien eu aux yeux, lorsqu'il y a trois semaines, en taillant du bois, un petit éclat est venu frapper son œil gauche à la partie inférieure de la cornée qui fut perforée. Son patron retira à l'instant le corps étranger, et le médecin qui fut consulté lui fit mettre sur l'œil des compresses d'eau froide. Cependant cet œil devient douloureux, rouge, larmoyant, photophobe et, sa vision s'affaiblissant de jour en jour et d'une manière considérable, l'enfant est obligé d'abandonner son travail. A son tour, l'œil droit commence à se prendre il y a huit jours. Son acuité visuelle diminue; il est larmoyant. Le malade se présente à la clinique de M. Wecker. On constate, du côté gauche, une cicatrice linéaire, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, intéressant la partie inférieure de la cornée et le bord de la sclérotique et remontant jusqu'à l'iris. L'œil est rouge, injecté, présente une fine irradiation périkératique; l'iris est déformé et décoloré en même temps qu'enclavé dans la plaie; il y a des accès névralgiques, des perceptions lumineuses anormales et des douleurs que réveille la pression de la zone ciliaire au niveau de la cicatrice. Du côté droit, on constate seulement du larmoiement et une diminution considérable de la vue, sans douleurs.

L'énucléation, proposée par M. Wecker, doit être faite incessamment.

OBSERVATION II.

Perte de l'œil gauche à la suite d'un coup de pierre ; moignon douloureux ; amblyopie sympathique à droite ; énucléation ; guérison. (Galezowski ; Obs. inédite.)

Viel, Emile, âgé de 9 ans, est de parents robustes et lui-même d'une bonne santé générale : il n'a jamais eu de bouton aux yeux. En jouant avec ses petits camarades, il reçut, il y a 5 ans, un coup de pierre dans l'œil gauche qui fut crevé. La cicatrisation s'est faite régulièrement et, pendant les 4 ans qui suivent, il n'y a rien à signaler ni dans un œil ni dans l'autre. Mais, il y a environ 6 semaines, l'œil gauche devient douloureux, enflammé ; il est le siége d'élancements, de picotements et d'accès névralgiques. Bientôt l'œil droit se met à pleurer ; la vue se trouble par moment ; l'acuité visuelle baisse. L'enfant ne peut plus jouer ; il est retiré de l'école et soigné, sans succès, par sa mère, pendant quelques jours. Puis on l'amène à M. Galezowski qui diagnostique une ophthalmie sympathique et fait l'énucléation, il y a 3 semaines. Les suites de l'opération sont simples. Les troubles disparaissent rapidement dans l'œil droit et, au bout de 8 jours, l'enfant retourne à l'école avec sa vue excellente d'autrefois.

OBSERVATION III.

Lésion traumatique et atrophie consécutive d'un œil; irritation sympathique de l'autre; énucléation; guérison. (Vignaux ; Obs. LIII.)

Antoine G..., 34 ans, machiniste, né à Prads, service de M. Gayet, Hôtel-Dieu de Lyon, décembre 1872. Il y a cinq ans, éclat de fonte sur l'œil gauche ; deux jours après, abolition définitive de la vision : les douleurs cessèrent bientôt et, pendant quatre ans et demi, calme absolu. Depuis deux ou trois mois cet œil est devenu douloureux spontanément et sensible à la pression. Ce qui amène le malade, ce sont les troubles fonctionnels qui ont éclaté sur l'œil droit depuis six semaines. Œil droit : Douleurs spontanées et à la pression, douleurs exagérées par les efforts accommodatifs ; photophobie, larmoiement, acuité visuelle peu diminuée mais dans les moments de fatigue et de douleur descendant à 1/2, intégrité organique du globe. Œil gauche ; globe très-atrophié, moignon douloureux spontanément et à la pression, vision nulle.

L'opération de l'énucléation eut lieu le 24 décembre 1872 (Ethé-

risation) par le procédé Bonnet. Les suites opératoires furent simples et le sixième jour on put appliquer un œil artificiel. Dès le second jour, les douleurs dans les deux yeux avaient cessé et au bout de quatre jours, disparition des symptômes d'irritation de l'œil droit. Sorti le dixième jour sans douleur, ni photophobie, ni larmoiement. Quatre ans et demi après l'énucléation, la guérison complète ne s'est pas encore démentie. Aucune souffrance dans l'œil opéré, pas d'épiphora.

OBSERVATION IV.

Plaie pénétrante d'un œil; irritation sympathique de l'autre; énucléation, guérison. (VIGNAUX ; Obs. LXV.)

Charles C..., 30 ans, ajusteur, salle Saint-Louis, 79. Il y a quelques jours, un éclat de fer atteignit le globe gauche, la perforation eut lieu, la perte de toute vision et des douleurs intolérables s'en suivirent, chémosis hémorrhagique, iris déformé et adhérent à la plaie, cristallin cataracté. L'œil opposé commence à se prendre sympathiquement; il est l'objet d'une photophobie intense, quoique l'intégrité organique soit encore parfaite. Le 23 juillet 1873 énucléation de l'œil gauche, éthérisation. Suites opératoires simples, œil artificiel, prompte guérison.

Le 26 juin 1877 le malade écrivait : « Je lis excessivement bien et sans la moindre difficulté, ma vue est plus puissante même que celle de beaucoup de personnes. Je ne souffre plus depuis mon opération, j'exerce avec facilité une profession de comptable aux usines Petin et Gaudet.

« Au commencement, il n'y a que le gaz qui vous éblouit, mais au bout de quelque temps, on ne s'en aperçoit plus; l'œil artificiel exige une extrême propreté; je suis enchanté de l'opération de M. Gayet en m'extrayant l'œil gauche, et je puis affirmer que j'y vois deux fois plus qu'auparavant. »

OBSERVATION V.

Irido-capsulo-cyclite traumatique sur un œil; irritation sympathique de l'autre; énucléation; guérison. (VIGNAUX ; OBS. LXXVI.)

Jean S..., 62 ans, cultivateur de Seysin (Isère), « Hôtel-Dieu, janvier 1872, salle Saint-Louis, n° 79, service de M. Gayet. » Il y a quatre ans et demi, en travaillant la vigne, cet homme fut violemment frappé à l'œil droit par la projection d'un grain de terre.

Inflammation vive, douleurs intenses qui se calmaient quelques semaines après, tandis que l'acuité visuelle était réduite à la distinction du jour et de la nuit. L'œil resta indolore pendant quatre ans; depuis six mois les douleurs ont reparu et même avec une grande intensité, injection périkératique et sensibilité excessive de la région ciliaire, vision nulle.

Il y a quatre mois et demi, l'œil gauche, indemne jusque-là, s'affecta à son tour; il devint douloureux, larmoyant, photophobe, sensible à la pression; il y a intégrité organique de l'organe, prompte fatigue et difficulté à la lecture; cet œil voit quelquefois les objets entourés de brouillards.

Le 31 janvier 1872, énucléation de l'œil droit (éthérisation, procédé Bonnet). Destruction de la chambre antérieure, adhérences pupillaires à la cornée et cataracte, la partie supérieure du globe paraît saine. Une légère hémorrhagie eut lieu pendant la nuit qui suivit l'opération, prompte guérison.

Le 14 mai 1877, cinq ans et demi après l'énucléation, il n'y a pas eu de douleurs, acuité visuelle normale.

OBSERVATION VI.

Cataracte traumatique de l'œil droit; hypérémie sympathique des vaisseaux rétiniens et choroïdiens à gauche, amblyopie; énucléation de l'œil droit; guérison. (Gotti; Bul. des sciences méd. de Bologne, déc. 1876).

Un jeune homme reçoit dans l'œil droit un grain de plomb de médiocre grosseur, qui traverse la cornée et l'iris, rompt la capsule et produit une cataracte traumatique ainsi qu'une irido-choroïdite. Au bout de quelques mois, des douleurs très-intenses surviennent et la vue est complétement abolie.

Quelques semaines après, l'œil gauche est frappé d'amblyopie; il existe une hypérémie considérable des vaisseaux rétiniens et choroïdiens, et le malade se plaint de sensations lumineuses spontanées très-pénibles. L'examen de l'œil droit fait constater une très-fine injection sous-conjonctivale, plus intense au périmètre de la cornée; cette membrane elle-même est aplatie en haut et en dedans, au niveau où a frappé le plomb; la pupille est irrégulière et immobile. L'énucléation de cet œil est pratiquée; mais ce n'est qu'au bout d'un mois que les troubles sympathiques de l'œil gauche disparaissent.

OBSERVATION VII.

Perte de l'œil gauche par traumatisme; douleurs très-vives; cataracte sympathique de l'œil droit. (RONDEAU, p. 91).

Un jeune gentleman, fils d'un médecin, âgé de 24 ans, me fut amené il y a quatre ans ; il avait l'œil gauche affaissé et réduit à un petit volume ; dans le droit, la pupille était fermée, il y avait une cataracte secondaire ; la chambre antérieure était petite, et la tension du globe un peu au-dessous de l'état normal.

Il paraît que, vers l'âge de huit ans, il s'était blessé l'œil gauche. Il souffrit considérablement pendant trois ou quatre mois, et, au bout de ce temps, l'autre œil fut pris d'un affaiblissement qui s'accrut graduellement jusqu'à l'état qu'il présente actuellement. Pendant quatorze ans, il ne put que distinguer confusément les objets, de sorte que son éducation dut être celle que l'on donne aux aveugles. Je pratiquai ici l'extraction par section supérieure; l'opération fut assez difficile. Après que j'eus incisé une portion d'iris et de la capsule antérieure, un peu ferme, il s'échappa un cristallin cataracté, déformé, assez dur. La plaie de la cornée se réunit bien, mais la pupille se ferma de nouveau.

Deux mois plus tard, je pratiquai une nouvelle iridectomie, et je réussis à obtenir une pupille. Depuis lors, l'opéré a joui d'une vision utile; il peut jouer aux cartes, lire la musique, et se promener seul à cheval ou en voiture. Il a une légère tendance vers une amélioration progressive.

OBSERVATION VIII.

Perte presque complète de la vue de l'œil droit; poussées inflammatoires spontanées dans cet œil; ophthalmie sympathique à gauche avec amblyopie considérable; énucléation; amélioration rapide; rechute; cataracte et atrophie de l'iris. (GAYET; Obs. inédite).

Jaumes, Julien, âgé de 17 ans, n'a présenté rien de particulier jusqu'à l'âge de 12 ans, si ce n'est une saillie très-marquée de l'œil droit qui est presque amaurotique. A cette époque, cet œil devint le siége de poussées inflammatoires, sans qu'il fut possible d'invoquer pour cause le moindre traumatisme; ces poussées, d'une durée moyenne de trois jours, provoquaient de violents maux de tête et quelquefois des vomissements; elles s'observaient surtout au printemps et en automne. Au mois de mai 1876, il y

eut une poussée tellement intense, des douleurs tellement violentes, que le malade fut obligé de garder le lit. Tout se calma néanmoins ; mais, peu de temps après, l'œil gauche se prit et son acuité visuelle baissa considérablement.

Le 11 janvier 1877 le malade entra dans le service de M. Folchier qui, ayant porté le diagnostic d'ophthalmie sympathique, proposa l'énucléation. L'opération fut pratiquée le 13 ; ses suites furent simples. Le malade étant sorti de l'hôpital dix jours après, fut pris de douleurs violentes orbitaires et péri-orbitaires qu'il attribua à un coup d'air. Ces douleurs cessent au bout de quelques jours, et alors on constate les heureux effets de l'énucléation ; le malade peut lire, sans difficulté, des caractères assez fins.

Mais la vue ne tarda pas à faiblir de nouveau ; puis surviennent des accès de douleurs péri-orbitaires, et M. Gayet, auquel le malade est présenté, au bout d'un certain temps, constate l'existence d'une cataracte compliquée d'atrophie de l'iris.

OBSERVATION IX.

Perte de l'œil droit par suite de traumatisme; cicatrice cornéenne et hernie de l'iris ; irido-choroïdite sympathique à gauche; énucléation de l'œil droit; guérison. (Meyer ; Obs. inédite).

Seguy, Gabriel, âgé de quatre ans, né à Figeac, est présenté le 5 mai 1877 à la clinique du Dr Meyer. Il y a six mois, en jouant avec une paire de ciseaux, cet enfant s'est enfoncé l'une des branches dans l'œil droit. A la suite de ce traumatisme, la vue des deux côtés s'est affaiblie considérablement, au point que le petit malade est incapable de se conduire.

L'œil droit offre une cicatrice verticale comprenant toute la cornée, avec enclavement de l'iris dans la plaie. Sur l'œil gauche, on constate la présence d'une synéchie postérieure totale avec dépôts plastiques obstruant complètement le champ pupillaire. La tension de l'œil gauche paraît un peu exagérée.

L'énucléation de l'œil droit est pratiquée le 8 mai et la cicatrisation se fait rapidement. Six mois plus tard, il revient à la clinique, on constate que l'état inflammatoire de l'œil gauche s'est notablement amendé, et que la vascularisation de la cornée et de l'iris ont disparu, mais la chambre antérieure est presque complètement effacée et la tension intra-oculaire a beaucoup augmenté. Une nouvelle opération est pratiquée, à la suite de laquelle l'enfant distingue nettement tous les objets qu'on lui présente.

OBSERVATION X.

Irido-choroïdite plastique spontanée à gauche; perte progressive de la vue; accès de névralgie; douleurs provoquées par la pression de la zone ciliaire; choroïdo-cyclite à droite; énucléation; amélioration rapide. (Dr Ledoux; p. 29).

Théophile Gay, âgé de 56 ans, cultivateur, se présente à la clinique du Dr Galezowski, le 26 août 1871.

Il y a six ans, le malade s'aperçut un matin que l'œil gauche était moins bon: la vue alla en s'affaiblissant de plus en plus et s'est perdue depuis deux ans. Pendant ces quatre années les douleurs faisaient souffrir le malade par accès qui duraient quelques jours, puis avaient une rémission. Elles étaient plus vives pendant la journée. Le traitement consista en purgatifs, sangsues, cautère au bras, séton à la nuque, etc. Aujourd'hui la perte de la vision est complète : impossibilité de distinguer le jour de la nuit. La chambre antérieure n'existe presque plus. L'iris, repoussé en avant, est altéré dans sa structure; il est remarquable par ses grosses fibres et sa vascularisation. Une exsudation plastique remplit toute l'ouverture pupillaire qui est irrégulière. Le globe de l'œil présente un peu d'injection; il est plus dur. A la pression, la région ciliaire offre une sensibilité assez vive en haut, moins vive en dedans. Le malade faisait la moisson, il y a quinze jours, par un soleil très-ardent qui le fatiguait par son éclat. Le 17 août à son réveil, il s'aperçut qu'il avait un brouillard devant l'œil droit. Puis au milieu de ce brouillard, il a vu des mouches noires entourées de rouge. Pas de douleurs, mais un objet éclairé détermine une fatigue. Diminution de la netteté de la vision pour les objets éloignés et pour la lecture.

On constate que le malade lit avec peine le n° 7. Il n'y a pas de douleurs ni dans l'œil, ni au pourtour de l'orbite, ni à la pression de la région ciliaire. Pas de diminution dans l'étendue du champ visuel. L'examen de l'œil ne montre aucun changement anatomique. L'iris se contracte et ne paraît pas altéré. L'ophthalmoscope fait découvrir des flocons dans le corps vitré. Ils sont adhérents au corps ciliaire; presque tous sont filiformes. On en voit plusieurs à la partie interne. On constate en outre des plaques d'atrophie choroïdienne, voisines de la région ciliaire et des épanchements sanguins dans la choroïde, surtout à sa partie supérieure. La pupille paraît obscure, comme s'il s'était agi d'une affection syphilitique. Cette maladie fut regardée comme une choroïdo-cyclite de nature sympathique. L'énucléation de l'œil gauche, pratiquée le 28 août, eut, en effet, des résultats très-favorables pour l'œil droit. Un mois après, la vision s'était beaucoup améliorée; la vue des

objets éclairés ne fatigue plus, la lecture est plus facile. Le brouillard a disparu, mais les mouches persistent. L'ophthalmoscope montre que les ulcérations de la choroïde sont en voie de régression ; les exsudations du corps ciliaire n'ont pas encore pu disparaître par résorption.

A l'autopsie. l'œil gauche a présenté les altérations d'une irido-choroïdite avec décollement complet de la rétine.

OBSERVATION XI.

Traumatisme de l'œil gauche; irido-choroïdite séreuse; dépôt sur la cristalloïde antérieure de l'œil droit ; énucléation de l'œil gauche; arrêt momentané, puis récidive des accidents. (GAYET; Obs. inédite).

Marie Deschamps, née à Charette (Isère) a quinze ans et est d'une bonne santé. Il y a 18 mois, en coupant du colza, cette jeune fille se donna dans l'œil gauche un coup de serpe. Sur le moment, il s'écoula, au dire de la malade, un peu de sang mêlé de beaucoup de larmes ; il y eut peu de douleurs; la malade ne chercha pas tout d'abord à se rendre compte du nouvel état de sa vision. Du même côté, le lendemain, elle constata qu'elle avait comme un voile devant l'œil dont la vision, cependant, s'éclaircit les jours suivants au point de permettre la lecture de caractères d'imprimerie moyens.

Mais cette amélioration de la vue à gauche fut de courte durée: l'acuité visuelle diminua de plus en plus et bientôt la malade ne fut plus capable de distinguer la nuit du jour. Du côté de l'œil droit, rien de particulier j'usqu'au mois dernier ; à cette époque survient de la rougeur, du larmoiement, de la photophobie et une diminution de la vue.

La malade vient nous consulter et nous constatons à gauche: une irido-cyclite plastique avec adhérences de l'iris au cristallin et dégénérescence fibreuse de cet iris ; à droite : une kératite ponctuée avec dépôts sur la cristalloïde antérieure. Je conseille à la malade les ferrugineux. qui ne donnent pas de résultat satisfaisant. Quelques semaines plus tard je fais l'énucléatien de l'œil gauche, après anesthésie, par le procédé de Bonnet. Les suites de l'opération furent des plus simples. Il y eut de l'amélioration presque immédiate dans l'œil droit. Mais 8 jours après, les phénomènes inflammatoires se sont brusquement reproduits dans ce dernier œil.

OBSERVATION XII.

Cyclite et décollement de la rétine de l'œil droit ; douleur provoquée par la pression de la région ciliaire ; irido-choroïdite séreuse sympathique à gauche ; cécité survenue en deux heures ; énucléation de l'œil droit ; disparition immédiate de la cécité. (Docteur Dor ; Obs. inédite.)

M. G..., âgé d'environ 60 ans, se présente chez moi le 29 juin au matin. Il était atteint depuis plusieurs années de décollement de la rétine de l'œil droit, accompagné d'une cyclite caractérisée par une vive douleur à la pression sur le corps ciliaire. Le globe oculaire était un peu atrophié. L'œil gauche présentait les symptômes d'une irido-choroïdite séreuse. A 9 heures du matin, la vision était encore égale à 20/30, les symptômes inflammatoires dataient de 3 ou 4 jours. J'insistai pour l'énucléation immédiate. Il en était temps ; 2 heures après, lorsque je viens chez le malade, pour faire l'opération, il était tout à fait aveugle. Je le rassurai toutefois, en disant, que l'opération faite, le jour même amènerait une bonne vision de l'œil restant. Malgré mes assurances, le malade passa une journée d'angoisses ; mais, le soir même, je soulevai le bandeau pour lui montrer que la vue était revenue, et, au bout de 8 jours, il voyait parfaitement, V 20/20. Le malade est mort en 1877, et il a, jusqu'à sa mort, conservé une vision parfaite.

OBSERVATION XIII.

Irido-capsulite d'un œil ; irido-kératite ponctuée sympathique de l'autre ; énucléation du premier ; guérison momentanée du second. Cécité définitive. (Vignaux : Obs. XXXII.)

Louis T..., 44 ans, liseur de dessins, de Gerdan (Ain), salle Saint-Sacesdos, service de M. Gayet. Il y a 16 ans, abaissement progressif de la vue, et douleurs intenses de l'œil droit ; au bout de 4 ans, presque toute la vision avait disparu de cet œil. Pendant une période de 10 ans, ce globe resta dans un calme absolu. Enfin, il y a 3 mois, ce même œil devint photophobe et larmoyant, des douleurs intenses apparurent de nouveau dans la région péri-orbitaire. Quelques semaines après cette crise de son congénère, l'autre œil présenta des troubles fonctionnels d'abord sans symptômes physiques, c'était de la photophobie et de l'obscurcissement intermittent de la vue ; actuellement, on constate, en outre, un peu d'injection de la conjonctive bulbaire, la face

postérieure est couverte de petits points; kératite ponctuée, un peu de trouble de l'humeur aqueuse, iris légèrement velouté, mais sans adhérences; on ne peut voir le fond de l'œil. Acuité visuelle réduite à 2/15.

Le 22 février 1875, énucléation de l'œil droit actuellement aveugle, douloureux, sensible. Amélioration lente mais progressive. Deux ans et quatre mois après l'énucléation, lettre du malade, le 26 juin 1877 : « Après l'opération, la vue était revenue, à part quelques mouches volantes, qui m'incommodaient mais sans me faire souffrir. Cela a duré quelques semaines; ensuite les souffrances sont revenues très-vives ; je les éprouvais à peu près tous les mois, puis l'obscurcissement de la vue s est reproduit, une cataracte s'est formée, je n'y vois absolument rien, pas même pour me conduire. »

OBSERVATION XIV.

Atrophie de l'œil droit remontant aux premiers mois de la vie ; Moignon devenu douloureux à 40 ans ; kératite ulcéreuse sympathique à répétition à gauche, vers 44 ans ; énucléation tardive ; guérison. (Fieuzal ; Obs. inédite.)

Régal, Armand, âgé de 52 ans, et ancien professeur, a perdu l'œil droit dans les premiers mois de la vie, à la suite de phénomènes inflammatoires. L'œil a rapidement diminué de volume et s'est transformé en un moignon resté absolument indolore jusqu'à l'âge de 40 ans.

Pendant tout ce temps, l'œil gauche, myope, n'a présenté aucun phénomène morbide appréciable. Vers 40 ans, le moignon est devenu irritable et douloureux, et 4 ans après, l'œil gauche a été pris de kératite ulcéreuse à répétition Dès que les phénomènes sympathiques se sont montrés, le malade va consulter le docteur Daumas, qui le traite sans succès pendant 2 ans; puis il se fait soigner par M. Fano, également sans bon résultat, et enfin, au bout d'un temps fort long, il se présente chez M. Fieuzal qui lui propose l'énucléation de l'œil droit. Cette opération est pratiquée et ses suites sont des plus simples. Tout d'abord l'amélioration n'est pas appréciable dans l'œil sympathisé. Les douleurs persistent et le malade se rend chez un oculiste qui lui fait faire des frictions mercurielles. Enfin, la guérison est aujourd'hui complète. Voici quel est l'état actuel : à gauche, la cornée est transparente, la pupille régulière ; il n'y a pas de douleur.

A droite, il y a de temps à autre un léger malaise; cependant M. Fieuzal permet au malade de se faire mettre un œil artificiel.

OBSERVATION XV.

Perte spontanée de l'œil droit; moignon douloureux; kératite ulcéreuse sympathique; énucléation; guérison de l'ulcère. (Dransart; Obs. inédite.)

Madame Lydie Simon, repasseuse à Aubry (Nord), âgée de 35 ans, vient à notre clinique le 29 décembre 1876, se plaignant de ne pas voir assez clair pour travailler. La santé, jusqu'ici, a été défectueuse, et sur le côté gauche de la face on remarque des cicatrices d'abcès froids. A l'âge de 5 ans, cette femme a perdu l'œil droit, qui maintenant se présente sous la forme d'un moignon douloureux à la pression. Dès ce moment, l'acuité visuelle de l'œil gauche a baissé progressivement, et cette diminution de la vue s'est accompagnée de douleurs de tête persistantes. A l'examen de l'œil, on constate que la cornée est terne dans toute son étendue et staphylomateuse; elle est parsemée d'une série de taies très-marquées qui témoignent d'anciennes inflammations; sur cette membrane existe une ulcération horizontale de 2 millimètres de hauteur environ. L'on observe également une faible injection péri-kératique, en même temps que de la photophobie et du larmoiement.

Le 10 janvier 1877, j'opérai l'énucléation de l'œil droit. Dès lors, les lésions cornéennes se sont notablement modifiées; l'ulcère a complètement guéri et les douleurs ont disparu. Aujourd'hui, nous soignons le leucôme et les taies, résultant de l'inflammation de la cornée.

OBSERVATION XVI.

Atrophie spontanée de l'œil droit; moignon douloureux; kératite ulcéreuse sympathique de l'œil gauche; énucléation du bulbe atrophié; guérison. (Dransart; Obs. inédite).

Mlle Farva, de Douai, âgée de 17 ans, se présente à notre clinique. Elle a un tempérament scrofuleux. Nous constatons que l'œil droit est considérablement atrophié; il est réduit à un moignon qui est le siége de douleurs intenses. En outre, depuis plusieurs mois, il y a du côté de l'œil gauche une diminution notable de l'acuité visuelle, du larmoiement, de la photophobie, du blépharospasme en même temps qu'une ulcération au niveau de la cornée. La malade a essayé sans fruit de tous les traitements. Je vois là une kératite ulcéreuse d'origine sympathique, chez un

scrofuleux ; je propose l'énucléation qui est acceptée et que je pratique en novembre 1877. Deux mois après l'opération, l'ulcère de la cornée de l'œil gauche a entièrement disparu.

OBSERVATION XVII.

Perte spontanée de l'œil droit ; moignon douloureux ; kératite sympathique à droite ; énucléation ; guérison. (Dr Dransart ; Obs. inédite).

Mme Carbonnel, cabaretière à Etraœung, est âgée de 50 ans et d'une bonne santé. Elle a perdu depuis longtemps son œil droit qui est réduit à un moignon douloureux. Elle souffre depuis 7 ou 8 ans d'une kératite vasculaire de l'œil gauche qui récidive fréquemment et s'accompagne de photophobie, de larmoiement et d'une perte plus ou moins complète de la vision. Pendant deux ans, nous essayons de tous les traitements usités en pareil cas, la malade refusant toujours de se faire enlever le moignon douloureux qui représente l'œil droit. Elle se décide enfin à l'opération, et en novembre 1877, nous pratiquons l'énucléation du moignon. Depuis, les douleurs ont disparu et la vision s'améliore de jour en jour.

OBSERVATION XVIII.

Traumatisme et consécutivement iritis et staphylômes multiples sur un œil ; kératite sympathique sur l'autre ; énucléation du premier ; guérison du second. (Vignaux ; Obs. XXVI).

Henri M.., 17 ans, tisseur de Saint-Didier-de-la-Tour. (Hôtel-Dieu de Lyon, 28 mai 1876, service de M. Gayet.) Ce sujet, d'une constitution scrofuleuse n'avait pourtant pas eu mal aux yeux avant l'accident. Il y a huit mois, coup de bille sur l'œil droit. Le traitement qu'il a subi jusqu'à ce jour n'a pu lui procurer qu'une vision fort imparfaite, et cet œil n'y voit que pour le conduire. Il y a un mois et demi, après avoir passé une nuit, couché sur la terre, il éprouva dans ce même œil d'assez vives douleurs qui persistent encore. Mais ce qui l'amène à l'hôpital, ce sont surtout les troubles qu'il éprouve déjà, depuis huit jours, du côté de l'œil gauche. En effet, en écartant les paupières de force, on peut voir sur cet œil l'iris hypérémié, la cornée dépolie et présentant à sa surface de petites phlyctènes et des ulcérations superficielles. Cet organe est le siége de douleurs vives et d'une légère injection conjonctivale ; il est atteint d'un larmoiement abondant et surtout d'une

photophobie telle que l'acuité ne peut en être prise, et que le malade emploie plutôt pour se conduire le peu de vision qui lui reste dans l'autre œil primitivement blessé. Celui-ci, plus douloureux, mais moins photophobe, présente une tuméfaction et une rougeur intense de la conjonctive, une pupille déformée et quelques adhérences ; une surtout tiraille l'iris vers la partie inférieure de la cornée qui devient staphylomateuse. Une iridectomie inférieure est pratiquée et ne réussit qu'à demi ; quinze jours après, le staphylôme pointait encore ; deux iridectomies latérales sont alors pratiquées pour délivrer complètement le limbe irien supérieur. Malgré cela, l'état staphylomateux de l'œil droit n'en continue pas moins à se produire sur trois points ; en outre, malgré les traitements les plus soignés, la photophobie intense et les ulcérations, et le dépoli de l'œil gauche progressent au lieu de céder ; en face de cet état et au bout de trois mois d'inutiles tentatives pour améliorer le droit aussi bien que le gauche, M. Gayet fait l'énucléation de l'œil droit sympathisant ; c'est pour la première fois qu'il énuclée un œil y voyant encore un peu pour conduire le malade.

Le 30 juillet 1876, énucléation de l'œil droit. Ethérisation. Trois petits staphylômes tiraillent l'iris dans la région scléro-cornéenne. Les suites opératoires furent simples : les douleurs du côté droit disparurent ; dès le second et surtout le quatrième et cinquième jour, diminution de celles du côté gauche. Quinze jours après, les phlyctènes et le dépoli de la cornée sont bien moindres, mais l'examen de l'œil provoque encore un larmoiement abondant ; un mois et demi après la photophobie a considérablement diminué, la cornée va être bientôt normale. Le malade sort avec un peu de larmoiement et une vision qui lui permet de se conduire facilement, mais non de lire. Peu de douleurs.

Le 30 juin 1877, onze mois après l'énucléation, l'amélioration de la vision a suivi une marche progressive, le malade peut lire. Encore quelques douleurs, mais très-légères, insignifiantes.

OBSERVATION XIX.

Irido-capsulite pseudo-membraneuse d'un œil ; irido-kératite de l'autre ; énucléation du premier ; amélioration du second. (Vignaux ; Obs. XXXI)

Régis S......, 44 ans, cultivateur de Palharis (Ardèche). Depuis très-longtemps le malade est tourmenté par une inflammation chronique des yeux. Depuis deux ans la maladie a empiré. L'œil gauche a subi une iridectomie, il y a trois mois, et l'œil droit vient d'en subir une il y a quinze jours. L'œil gauche présente

une irido-capsulite pseudo-membraneuse avec un staphylôme ; il est douloureux, son acuité est nulle.

L'œil droit présente une légère injection péri-kératique, une infiltration double de la cornée, une chambre antérieure diminuée, un iris gardant les traces d'une iridectomie; il faut y ajouter du larmoiement, de la photophobie, de la douleur et de la sensibilité.

Le 17 janvier 1874, énucléation de l'œil primitivement affecté ; suites d'opérations simples. Amélioration de l'autre œil, la photophobie disparaît, la cornée devient moins trouble ; un acné du visage, qu'on remarquait avant, a même complétement disparu.

Au 30 juin 1877. Persistance de l'amélioration ; le malade ne peut pas lire, mais il peut facilement se conduire ; plus de douleurs, quelquefois de l'épiphora.

OBSERVATION XX.

Perte de la vue à gauche à la suite d'un coup de pierre ; décollement de la rétine ; rétinite sympathique et amblyopie à droite ; énucléation de l'œil gauche ; amélioration très-notable de l'œil droit. (GAYET ; Obs. inédite).

Jules B...., âgé de 17 ans, employé de commerce, à Lyon, a reçu, il y a quatre ans, un coup de pierre sur l'œil gauche. La vue fut abolie dans cet œil, et à l'ophthalmoscope, on constata un décollement de la rétine. Depuis cinq mois, l'œil droit, qui jusque-là avait été excellent, devint le siége de sensations lumineuses bizarres ; son acuité visuelle diminue sensiblement. Le malade ne suit pas de traitement. Nous constatons chez lui, à droite, que les vaisseaux rétiniens sont enveloppés d'une sorte de teinte grise, opaline, qui fait penser à un œdème de la membrane, d'autant que les vaisseaux sont flexueux. Le 10 mai, je fais l'énucléation de l'œil gauche. Les suites de l'opération furent des plus simples ; la cicatrisation se fit régulièrement. Le 15, l'enfant déclare que les sensations d'étincelles ont diminué de nombre, d'intensité et de durée. Le 25, la vue s'était considérablement améliorée.

OBSERVATION XXI.

Traumatisme de l'œil droit; atrophie consécutive; rétino-choroïdite sympathique à gauche, avec décollement de la rétine ; énucléation de l'œil droit atrophié ; amélioration sensible de la vue à gauche. (GALEZOWSKI ; Obs. inédite.)

Mme Bosquet, de 41 ans, est d'une bonne santé générale et n'a pas eu d'accidents scrofuleux. Elle ne se rappelle pas avoir

vu de l'œil droit, qui a toujours été mauvais, mais qui avait conservé sa forme et son volume. En 1865, elle reçut un coup sur cet œil, et, depuis ce moment, l'atrophie est survenue progressivement, sans douleurs. L'œil gauche était resté intact, lorsqu'il y a un mois environ, sa vue se troubla tout-à-coup au point d'être complétement abolie en trois jours, sans qu'il y eût de ce côté, pas plus que de l'autre, de phénomènes douloureux. La malade se présente à la clinique du docteur Galezowski, il y a quinze jours. On constate chez elle l'atrophie de l'œil droit, qui est réduit à un simple moignon, et, à l'ophthalmoscope, un décollement de la rétine de l'œil gauche, en même temps que des masses floconneuses dans le corps vitré. Le diagnostic est : décollement de la rétine à gauche, par sympathie de la lésion de l'œil droit. L'énucléation, qu'accepte la malade, est faite aussitôt. Aujourd'hui la vue est sensiblement améliorée; les objets sont plus nettement perçus et le champ visuel est notablement augmenté.

OBSERVATION XXII.

Perte de l'œil gauche, à 10 ans, par cyclite et décollement de la rétine; douleurs et tension exagérée dans cet œil; rétino-choroïdite sympathique à droite; iridectomie à gauche: aggravation des phénomènes à droite; énucléation de l'œil gauche; examen anatomique de ses lésions. (Dr GOLDZIEHER).

La jeune Elisabeth Klier, âgée de 19 ans, a perdu l'œil gauche depuis l'âge de 10 ans. Elle ne peut fournir aucun renseignement précis sur la cause de son infirmité. Dans ces derniers temps, cet œil a commencé à devenir douloureux, et, au moment où elle vient consulter, on constate l'état suivant : tension manifestement augmentée, cornée transparente, injection péri-kératique modérée, humeur aqueuse trouble, pupille se dilatant médiocrement et prenant une forme ovalaire sous l'influence de l'atropine. Impossibilité d'apercevoir le fond de l'œil. Absence complète de perception lumineuse.

L'œil droit paraît un peu plus dur qu'à l'état normal, le corps vitré est un peu troublé, les veines rétiniennes sont dilatées. Le 10 juillet on pratique une iridectomie sur l'œil gauche. Quatre jours après cette opération, l'œil droit devient douloureux. Un dépôt punctiforme s'accumule à la face postérieure de la membrane de Descemet, l'humeur aqueuse et le corps strié sont tellement nuageux qu'il est impossible d'apercevoir le fond de l'œil.

Le 30 août, l'énucléation de l'œil gauche est pratiquée.

Examen anatomique. — Le globe oculaire, conservé et durci dans le liquide de Müller et l'alcool, est sectionné transversale-

ment. La chambre antérieure est étroite. La pupille est recouverte par une fausse membrane très-mince, qui se continue avec d'autres masses membraneuses recouvrant le corps ciliaire et s'étendant même jusqu'à la face postérieure du cristallin. Cette membrane se confond insensiblement avec un tissu d'aspect cellulaire, remplissant la cavité formée par la rétine décollée, et qui paraît n'être autre chose que le corps vitré altéré et transformé. Dans l'entonnoir rétinien, on constate quelques hémorrhagies récentes ; pas d'excavation du nerf optique. La choroïde a partout conservé ses rapports avec la sclérotique, et, à l'œil nu, elle ne présente rien d'anormal. Entre la rétine et la choroïde, simple exsudat séreux.

Diagnostic anatomique. — Cyclite, décollement de la rétine, hémorrhagies dans la rétine décollée.

L'examen microscopique n'offrit aucune particularité spéciale de structure dans la fausse membrane de la cyclite. Les foyers hémorrhagiques de la rétine renfermaient de nombreux globules rouges infiltrés dans un tissu fibrillaire, ainsi que des cellules lymphathiques. On y découvrait, en outre, de nombreux éléments cellulaires emprisonnant des globules rouges, des amas de pigment libres et des cellules en dégénérescence graisseuse.

La rétine transformée en tissu fibreux avait complétement perdu tout vestige de sa constitution normale.

La choroïde présentait des signes manifestes d'inflammation. L'infiltration des cellules lymphathiques y était telle, que la couche chorio-capillaire était devenue méconnaissable ; des cellules pigmentaires aux formes les plus variées, et des cellules fusiformes dépourvues de pigment étaient répandues çà et là. Les parois des gros vaisseaux, épaissies sur certains points, étaient envahies par des cellules en voie de migration.

A la surface de la choroïde les lésions inflammatoires étaient encore plus avancées. Les altérations des nerfs ciliaires les plus intéressantes à connaître étaient déjà appréciables au premier coup d'œil. Des cellules rondes en grand nombre, quelques-unes fusiformes et pigmentaires étaient accumulées dans les gaînes de ces filets nerveux. Cette prolifération des éléments cellulaires de la gaîne se continuait dans l'intérieur du nerf lui-même où de nombreux noyaux, pressés les uns contre les autres, dissociaient les fibrilles qui avaient du reste conservé leur aspect normal. Sur certains points du névrilème, les cellules rondes étaient tellement nombreuses et tellement condensées les unes contre les autres qu'elles formaient de véritables petits nodules comprimant les fibres nerveuses au point d'y marquer une dépression en forme de godet. Ces nodules présentaient des dimensions différentes ; les plus volumineux étaient presque visibles à l'œil nu et apparaissaient comme de petits points à la surface des branches nerveuses.

OBSERVATION XXIII.

Irido-choroïdite traumatique de l'œil gauche ; neuro-rétinite sympathique à droite; cécité. (Dransart, p. 10).

Le 20 juin 1871, N..., 43 ans, journalier, reçut dans l'œil gauche un brin de paille. Cet œil fut atteint d'irido-choroïdite et perdit complétement ses fonctions. Trois jours après la blessure, il vit tout d'un coup, en sortant dans la rue, après son déjeuner, un brouillard tomber devant son œil droit. Le brouillard augmenta peu à peu, et bientôt le malade ne put distinguer les personnes M. Abadie le vit six mois après. La vision était presque nulle des deux yeux, les milieux de l'œil étaient transparents. Rien de particulier à l'iris et à la choroïde.

Du côté de la pupille, on voyait une légère suffusion avec décoloration des bords ; les artères étaient un peu minces. Les veines, d'un aspect caractéristique, étaient tortueuses ; cette disposition du fond de l'œil rappelait la neuro-rétinite rétro-bulbaire. On avait affaire dans ce cas à une forme anormale d'ophthalmie sympathique qu'on aurait peut-être pu enrayer en énucléant l'œil gauche aussitôt après les troubles fonctionnels de l'œil droit. Malheureusement le diagnostic ne fut pas fait dès le début et l'œil gauche, cause de tous ces désordres, ne fut pas enlevé.

Aujourd'hui, la lésion a progressé et cet homme est complètement aveugle. La pupille est atrophiée, les bords sont diffus et les veines sont tortueuses.

OBSERVATION XXIV.

Glaucome chronique; *ramollissement de l'humeur vitrée; staphylômes scléro-cornéens multiples; rétino-choroïdite consécutive sur l'autre; énucléation du premier*, *guérison du second.* (Vignaux : Obs. XXXVII).

Jeanne F..., 49 ans, de Chassieux (Isère). Hôtel-Dieu, 22 août 1872. Salle Sainte-Anne, n° 22. Œil droit perdu pour la vision depuis plus de 30 ans, à la suite d'une inflammation spontanée ; après plusieurs crises douloureuses, le calme devint absolu pour longtemps; depuis cette année seulement, il y a près de deux mois, cet œil fut de nouveau l'objet d'un retour douloureux qui se répéta quatre ou cinq fois, mais dont la durée ne fut que de quelques jours et l'intensité médiocre; il est vrai qu'actuellement il est à peu près indolore, même à la pression.

L'œil gauche, qui n'avait pas été antérieurement influencé, commença à se prendre à la fin de la dernière crise de son congénère. Les douleurs furent d'abord sourdes, intermittentes, se faisant sentir dans le crâne, l'acuité visuelle baissa. Aujourd'hui ces douleurs sont devenues plus vives, à peu près continuelles; la choroïde et la rétine paraissent congestionnées, autant qu'on peut le voir à travers un léger trouble de l'humeur vitrée; intégrité parfaite de l'iris et de la pupille, pas de rougeur conjonctivale, la pression de la région ciliaire n'augmente pas beaucoup la douleur, la photophobie et le larmoiement font défaut, mais l'acuité est considérablement diminuée ; le malade peut se conduire, mais il lui est impossible de lire ou de faire des ouvrages d'une certaine finesse.

Le 25 août 1872, énucléation de l'œil droit (éthérisation). Atrophie presque totale de l'uvée, de la choroïde, surtout dans les régions antérieures et des procès ciliaires; l'iris est aminci, dépigmenté, infiltration de la choroïde au niveau des procès ciliaires, capsule du cristallin recouverte d'exsudats, belle excavation pathologique de la papille, ramollissement du corps vitré, très-petits staphylômes antérieurs multiples.

Suites opératoires simples. L'opération amène une diminution des douleurs, cette amélioration continue et la malade sort bientôt, son acuité visuelle s'est sensiblement relevée. En mai 1877, plus de quatre ans et demi après l'énucléation, persistance de la guérison. Le malade y voit assez pour lire. Douleurs névralgiques intermittentes, qui ne peuvent pas avoir pour origine un cause oculaire.

OBSERVATION XXV.

Blessure intéressant la cornée et la sclérotique de l'œil gauche; irido-choroïdite sympathique de l'œil droit; énucléation de l'œil gauche; arrêt momentané des phénomènes inflammatoires à droite; puis chorio-rétinite. (Obs. de Pooley.)

Le 27 juillet 1869, un enfant de 9 ans fut assez grièvement blessé à l'œil gauche par une écaille d'huitre ; la partie inférieure et interne de la cornée présentait une entaille qui se prolongeait de trois millimètres sur la sclérotique. La blessure de la cornée était environ deux fois plus grande que celle de la sclérotique, et le segment de l'iris correspondant à la plaie y était enclavé. La chambre antérieure était, en outre, remplie de sang et rendait complétement impossible l'examen ophthalmoscopique Quant à l'acuité visuelle, elle était réduite à une simple perception quantitative. On s'empressa d'administrer de l'atropine et de couvrir l'œil d'un bandeau compressif. Ce traitement produisit d'excel-

lents effets. Le jour suivant, le malade pouvait déjà compter les doigts. Quelque temps après, la résorption était complète et l'acuité remontait à deux cinquièmes.

Malheureusement, la guérison n'était pas encore assurée : le 4 août, un mois environ après l'accident, des phénomènes d'irritation se déclarèrent dans l'œil droit. Quatre jours plus tard, l'œil blessé se congestionnait à son tour et devenait sensible à la pression. A l'éclairage oblique, on pouvait apercevoir un exsudat à la face supérieure du cristallin qui partait de la plaie sclératicale. L'œil droit était injecté; sa pupille était lente à se contracter, et il existait une synéchie du côté du nez.

Sur le conseil de Knapp, l'énucléation de l'œil blessé fut pratiquée. Les phénomènes sympathiques disparurent, mais leur cessation fut de courte durée. Il survint bientôt un récidive avec tous les symptômes d'une irido-choroïdite, et le 11 octobre se développèrent tous les signes d'une neuro-rétinite. Le fond de l'œil, malgré les opacités, était parfaitement visible. Les vaisseaux de la rétine étaient élargis et sinueux, la pupille recouverte d'une exsudation qui effaçait les vaisseaux et les contours.

Quelques jours plus tard, les milieux de l'œil se troublèrent tellement, que l'observation ophthalmoscopique devint entièrement impossible. C'est en vain qu'on chercha par le traitement à enrayer la marche progressive du processus morbide ; des synéchies se formèrent entre l'iris et le cristallin, le corps vitré se troubla, des masses exsudatives s'infiltrèrent dans l'ouverture pupillaire et l'acuité visuelle fut réduite à 5/200.

L'inflammation cessa quelques mois après, mais l'acuité visuelle resta aussi mauvaise.

OBSERVATION XXVI.

Atrophie de l'œil droit par suite de traumatisme; rétino-choroïdite sympathique à gauche; énucléation de l'œil droit ; guérison. (Gotti : *Bullt. des Sc. méd. de Bologne*, déc. 1876).

Il s'agit ici d'un homme de 36 ans, qui, dans son enfance, eut une plaie pénétrante de l'œil droit ; cette plaie détermina l'atrophie du bulbe.

Pendant plus de 20 ans, cet œil ne fut le siége d'aucun trouble ; mais, sous l'influence d'un nouveau traumatisme, il s'enflamma et devint très-douloureux Bientôt l'acuité visuelle de l'œil gauche diminua rapidement, à tel point que ce malade ne pouvait plus se conduire et qu'il voyait à peine l'ombre de la main promenée devant ses yeux.

L'examen ophthalmoscopique est assez difficile ; on constate

néanmoins, malgré le peu de transparence des milieux, une vive injection rétino-choroïdienne. L'énucléation de l'œil droit est pratiquée ; 3 jours après l'opération, le malade commence à distinguer les objets ; 20 jours plus tard, la vision est redevenue parfaite.

OBSERVATION XXVII.

Décollement rétinien sympathique survenu 24 ans après une blessure de l'autre œil ; Enucléation ; Cécité. Dr Boucheron : (Obs. inédite).

Trottier se présente à ma clinique le 21 février 1877. C'est un homme de 34 ans, très-grand, très-fort, qui n'a jamais été malade. Il exerce la profession de garçon de courses.

A l'âge de 10 ans, il a été blessé à l'œil droit par un coup de couteau qui a causé une plaie pénétrante du globe, et a entraîné la perte de la vision. La cicatrice s'étend d'environ 5 millimètres sur la cornée, et de 3 millimètres sur la région ciliaire. Cette cicatrice est légèrement déprimée.

Le globe, un peu atrophié, est un peu aplati d'avant en arrière et légèrement affaissé au niveau des muscles droits. A la palpation de cet œil à travers les paupières, il est facile de constater que l'hémisphère postérieur est comme solidifié par une coque dure et résistante.

L'existence d'une ossification ou calcification de la choroïde ne peut être mise en doute. La coque osseuse concave en avant, comme c'est l'ordinaire, présente un rebord irrégulier, dentelé, dont les différentes saillies sont bien appréciables à travers la sclérotique. Une de ces saillies, entr'autres la plus pointue, est placée en bas et en dedans. La pression sur cette saillie développe immédiatement une douleur vive, qui s'accompagne d'un mouvement involontaire de la tête en arrière. D'ailleurs une légère douleur spontanée se fait sentir dans cette même région de l'œil. Une légère injection épisclérale se montre aussi sur cet œil atrophié.

Il est à remarquer que la cicatrice siége en bas, en dehors et que le point douloureux à la pression occupe, non pas la région cicatricielle, mais correspond à une saillie osseuse.

Le malade prétend que la saillie inféro-interne s'est un peu déplacée pour se porter plus en bas. Sans attacher au dire du malade plus d'importance qu'il n'en comporte, on peut se rappeler que le déplacement des ossifications coroïdiennes et l'irritation consécutive des nerfs ciliaires par les bords tranchants de l'os, ont été signalés comme préparant l'invasion des accidents sympathiques.

L'œil gauche, seul fonctionnant maintenant, est depuis 36 heures affecté d'un trouble marqué de la vision.

Extérieurement rien de bien remarquable, l'iris est paresseux, moyennement dilaté. A la pression du corps ciliaire en bas et en dedans dans la région symétrique au point douloureux de l'autre œil existe une douleur manifeste, moins accusée que dans l'œil atrophié, mais nette, limitée et tout à fait comparable à celle de l'autre œil. Pas de douleur spontanée. L'existence de cette douleur de pression dans le point exactement symétrique à la région douloureuse de l'œil premier atteint, douleur siégeant dans les deux yeux, au niveau du corps ciliaire, à 7 ou 8 millimètres de la cornée, est caractéristique de la nature sympathique de l'affection récente.

L'examen ophthalmoscopique révèle dans l'œil sympathisé, la présence de fins flocons noirâtres dans le corps vitré et un décollement de la rétine en haut. Les flocons du corps vitré sont assez nombreux, de petite dimension, mais non en poussière imperceptible ; ils laissent parfaitement apercevoir le fond de l'œil.

La pupille est rouge, peut-être un peu plus qu'à l'état normal, bordée d'un faible croissant jaunâtre, correspondant à un faible degré de myopie.

En haut et en dehors, existent des plis transversaux de la rétine, formant des lignes blanchâtres, sinueuses, très-peu soulevées. Il n'y a pas encore la poche volumineuse, saillante du décollement rétinien ancien. On trouve, au contraire, trois petits plis rétiniens, échelonnés l'un au-dessus de l'autre, entre lesquels on voit la teinte choroïdienne normale. La saillie de ces plis est assez faible pour n'être bien vue qu'à l'examen à l'image renversée.

La transparence de la rétine met hors de cause la nature hémorrhagique du liquide rétro-rétinien. Il s'agit ici d'un liquide séreux, transparent. Aucune autre lésion rétinienne ou choroïdienne Comme le décollement rétinien siége dans la région supérieure. de l'œil, et que la macula lutea est indemne, la vision centrale n'est pas abolie ; elle est seulement troublée surtout par la présence des flocons du corps vitré : les caractères typographiques ordinaires ne sont plus lus, mais les lettres un peu plus grosses le sont encore.

La vision périphérique est atteinte, et le champ visuel inférieur manque dans la portion correspondante à la rétine décollée.

La fatigue de la vision, et le trouble de cette fonction ne permettent pas de déterminer avec précision le degré de la myopie. Mais à l'ophthalmoscope, le déplacement des faisceaux rétiniens en sens inverse de la tête de l'observation indique sûrement un faible degré de myopie. Le malade estime qu'il a toujours bien

vu de loin, ce qui corrobore notre appréciation sur le degré léger de la myopie.

Cet exemple rare d'un décollement rétinien de cause sympathique, nous a paru assez singulier pour ne pas être perdu pour l'enseignement; nous conduisîmes le malade au professeur Trélat, et notre excellent maître, confirmant notre opinion sur la nature sympathique du décollement, fit sur ce cas, une leçon clinique des plus intéressantes.

Malgré le peu d'espoir qui restait de guérir ce malade, le professeur Trélat énucléa l'œil renfermant l'ossification choroïdienne. Les suites de l'opération furent tout à fait régulières.

Mais le décollement de la rétine poursuivit son évolution ; de la région supérieure de la rétine où il s'était formé, il descendit peu à peu, le liquide, qui soulève la rétine, tendant toujours à descendre, selon les lois de la pesanteur, jusqu'à ce qu'il s'étale sur un plan horizontal. Les replis rétiniens détachés se déployèrent progressivement de chaque côté de la pupille, en ménageant la macula lutea ; aussi malgré l'étendue de la lésion, le malade pouvait encore apercevoir des objets assez fins deux ou trois mois après l'accident. — Il fut alors perdu de vue.

L'œil énucléé renfermait un ostéôme choroïdien, comme le diagnostic en avait été porté, pendant la vie. Cet os formait dans l'hémisphère postérieur une sorte de cupule irrégulière, concave en avant. Un trou circulaire servait au passage du nerf optique, se continuant avec la rétine décollée. Sur les bords tranchants de l'ostéôme on reconnaissait très-bien que le tissu osseux occupait la couche interne de la choroïde. — L'aspect général est le même que celui que l'on rencontre habituellement dans les cas d'ostéômes moyennement développés.

Au moment d'être soumise à un examen détaillé, la pièce a été malheureusement égarée.

Les signes prémonitoires de cette effroyable catastrophe, menant à courte échéance à cécité complète, avaient été extrêmement légers.

Dix jours seulement avant le décollement de la rétine, étaient apparus quelques points noirs, quelques mouches volantes, et un peu de fatigue et d'obscurcissement de la vue.

Mais deux fois déjà, cinq ou six mois auparavant, ces mêmes troubles légers de la vision s'étaient montrés et avaient rapidement disparu, sans laisser de trace. C'est donc, pour ainsi dire, sans manifester sa présence, que s'exécutait le travail morbide qui aboutit brusquement à un décollement rétinien. Heureusement que dans l'ophthalmie sympathique le décollement de la rétine est une éventualité extrêmement rare. Car la rapidité avec laquelle elle se montre, et l'excessive gravité de cette lésion ne laissent guère de ressource à la thérapeutique.

Quant à la physiologie pathologique du décollement sympathi-

que, voici les renseignements que fournit l'observation : Le malade était très-légèrement myope, il n'y avait pas à proprement parler d'atrophie choroïdienne autour de la papille, mais seulement au fin croissant jaunâtre bordait l'émergence du nerf optique. Comme la myopie est une cause prédisposante fréquente du décollement rétinien, peut-être cette construction de l'œil a-t-elle eu une certaine influence sur l'apparition du décollement. On sait maintenant que l'irido-choroïdite s'accompagne très-souvent de décollements rétiniens d'une espèce un peu particulière, bien étudiés récemment par Poncet (de Cluny). Ces irido-choroïdites avec décollements anciens, provoquent souvent l'éclosion des accidents sympathiques. Il y avait lieu de se demander ici si le processus de l'irido-choroïdite ne serait pas entré en jeu pour déterminer la formation du décollement. Mais sur notre malade, les accidents inflammatoires étaient très-modérés sur l'œil premier atteint, et l'œil sympathisé présentant à peine de rougeur péri-kératique et une douleur faible localisée au corps ciliaire dans le point diamétralement opposé au décollement rétinien. L'irido-choroïdite, au moins dans sa forme aiguë, paraît donc devoir être mise hors de cause.

La seule circonstance étiologique que nous possédions, c'est que l'œil anciennement blessé renfermait un ostéôme de la choroïde et que cette production osseuse semble s'être spontanément déplacée. Elle n'était pas, sans doute, parfaitement en équilibre, l'ossification n'étant pas régulière et uniformément étendue et l'action de la pesanteur aura fait tourner l'os choroïdien, mal soutenu par des membranes ramollies. Les bords tranchants de l'os déplacé auront irrité les nerfs ciliaires et préparé ainsi l'avénement des accidents sympathiques.

Il est bon de répéter qu'ils sont survenus 24 ans après la blessure de l'œil et chez un homme très-vigoureux, parfaitement bien portant, et non enclin à l'abus des boissons alcooliques.

Tubercules de la choroïde ayant envahi successivement les deux yeux et simulant un sarcôme avec accidents sympathiques. (Trélat ; Obs. inédite).

Trarieux, Elie, âgé de 30 ans, cuisinier, entre le 10 mai 1878, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, lit n° 15. Son père est mort assez jeune d'une maladie de poitrine ; sa mère aurait succombé à une affection cardiaque. Dans son enfance, il a eu des gourmes et des glandes, jamais de maux d'yeux. Il y a dix-huit mois environ et sans cause appréciable, la vue du côté gauche s'est troublée légèrement. Les objets éloignés étaient vus à travers un brouillard, mais il n'existait aucune espèce de douleurs. La vue de l'œil était parfaitement normale. Vers le milieu du mois de décembre dernier, tout à coup la vue de l'œil gauche se mit à baisser considérablement, et, en l'espace d'une quinzaine de jours, sans que la moindre douleur se fût manifestée, il y eut, de ce côté, une abolition complète de la vision. La perception lumineuse était seule conservée. Au commencement de janvier 1878, le blanc de l'œil, pour employer l'expression du malade, s'est injecté dans toute son étendue. Quelques jours après, la cornée est également devenue rouge et cette rougeur était marquée surtout dans la moitié inférieure de cette membrane. Cette injection diminue un peu à la suite d'une application de sangsues à la tempe ; mais pour reparaître quelques jours après.

Vers les premiers jours de février, des douleurs commencèrent à se faire sentir dans l'œil et dans toute la région temporale correspondante ; en même temps la pupille se rétrécit et se déforma. Au commencement de mars apparurent, sur le blanc de l'œil, cinq petites tumeurs violacées. Elles étaient disposées de telle sorte qu'elles semblaient former cercle autour de la cornée. Une d'entre elles, située à la partie supéro-interne a seule fait des progrès et son accroissement était accompagné de douleurs oculaires et péri-orbitaires très-vives.

Le 2 ou le 3 mai, la vue du côté droit commença à se troubler. Les objets étaient encore assez bien distingués, mais à travers un nuage. En même temps la sclérotique perdit sa coloration blanche et l'œil s'injecta sans qu'il apparût de douleur. Pendant les jours qui suivirent, la vue se troubla considérablement au point que le malade ne pouvait se conduire lui-même ; et le 10 mai on le décida à entrer à l'hôpital. Au moment de son entrée, Trarieux se plaint d'éprouver, dans la moitié gauche de la tête, des douleurs très-violentes revenant par accès et principalement accentuées le soir. Du côté gauche, les paupières, un peu tuméfiées, sont maintenues fermées, mais sans qu'il existe de blépharospasme. Lorsqu'on les écarte, on découvre le globe de l'œil considérablement

déformé et modifié dans son aspect. Il est difficile de discerner et de limiter nettement l'iris, la cornée et la conjonctive. Ce qui frappe, c'est à la partie supéro-interne du globe, en un point qui correspond à l'union de la sclérotique et de la cornée, une tumeur légèrement bilobée, de coloration verdâtre et dans laquelle paraissent développés une certaine quantité de vaisseaux. Deux petites masses, de coloration semblable, existent à côté de la première et sont disposées de telle sorte qu'il n'y a absolument plus de trace d'ouverture pupillaire.

Du côté de l'œil droit, les paupières saines ne peuvent plus être écartées sans une certaine douleur. La conjonctive est injectée légèrement à la périphérie, tandis qu'il existe un cercle périkératique très-accentué. La cornée paraît avoir conservé sa transparence. L'iris est un peu louche et la pupille légèrement déformée. Pas de douleur.

Traitement : atropine dans l'œil droit ; injection de morphine, 12 mai. Les douleurs ont été supprimées, mais reparaissent dès que la morphine n'est plus administrée. Les instillations d'atropine n'ont produit aucune dilatation de la pupille.

En raison de la persistance de la douleur et de la marche des accidents du côté droit, l'ablation de l'œil gauche est pratiquée le 14 mai. A la suite de cette opération, les douleurs du côté gauche de la tête ont disparu complètement ; mais deux jours après, des douleurs semblables se développent du côté droit. Elles existent dans la tempe et le front de ce côté et sont surtout marquées le soir. Des pressions légères sur le globe au niveau du corps ciliaire sont très-douloureuses. La vue baisse considérablement et la main n'est plus aperçue à dix centimètres de distance. A l'examen ophthalmoscopique, pratiqué le 10 juin, on note qu'il existe une kératite ponctuée, que l'humeur aqueuse a conservé sa transparence. La pupille est indilatable, l'humeur vitrée trouble. A la jonction de la sclérotique et de la cornée, on voit une ligne blanche très-accusée. Lors de l'énucléation de l'œil primitivement atteint, M. Trélat avait pensé avoir affaire à un sarcôme de la choroïde. Il avait toutefois fait des réserves qui furent justifiées par le résultat de l'examen micrographique. D'après cet examen, fait au Collége de France par M. Chambard. il s'agirait d'une choroïdite tuberculeuse. En présence de ce résultat et des symptômes ophthalmoscopiques présentés par l'œil droit, M. Trélat n'hésite pas à repousser l'idée primitivement admise d'ophthalmie sympathique et à admettre, du côté droit, une affection de même nature que celle qui a conduit à l'énucléation de l'œil gauche.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE. — *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 317. Paris. 1876.

ABADIE et de BEURMANN. — *Amblyopie sympathique tardive, énucléation du moignon ossifié d'un œil perdu depuis 25 ans. Guérison.* (*Progrès médicat,* 7 avril 1877.)

ADAMÜK (de Kazan). — *Neue Versuche über den Einfluss des Sympathicus und Trigeminus, auf Druck und Filtration im Auge.* (Aus d. LIX. Bde. d. Sitzb. d. K. Akad. d. Wissensch. II Abth. Febr. Heft Jahrg. 1869.

ALBERTETTI. — *Observations de la clinique de Borelli.* (*Gaz. med. itatiana, stati Sardi,* et *Ann. d'ocul.*, t. XXXIII, p. 146.

ALT (Adolphe).— *De la névro-rétinite sympathique. Congrès d'ophthalmotogie de New York*, 1876 (*Ann. d'ocul.* Juillet-août 1871, p. 72).

ALT (Adolphe). — *Sympathetic ophthatmia. (Archives of opht. and otot.*, vol. V, nos 3 and 4, p. 395, 478, et *Ophth. Hosp. Rep.*, dec. 1877, p. 252.)

ARGYLL (Robertson). — *Case of sympathetic Retinits pigmentosa. Ophthatmic Hosp. Rep.*, vol. VII, p. 16-20.)

ARLT. — *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1859 n° 10.

ARLT. — *Ueber sympathische Augenentzündung* (*Wiener Med. Wochenschrift,* n° 5, 1er fév. p. 97, 121, 145 ; 1873).

ARLT. — *Enucleatio Bulbi* (*Handbuch der Gesammten Augenheil.* von A. Græfe und Saemiseh. Band III, I Theil. (Operationslehre), p. 415–428.

BADAL. — *Observations d'ophthalmie sympathique.* (*Gaz. des Hôp.* 11 janvier 1877, et *Ann. d'ocul.*, LXXVII, p. 84.)

BADER. — *Ann. d'ocul,*, t. XLII, p. 125, et *rapport sur les excisions du globe faites au Royal London ophthalmic Hospital* (*Ann. d'ocul.*, t. XLIII, p. 43, 1860).

BARBAR (J.) — *Ueber einige seltenere syphilitische Erkrankungen des Auges,* p. 14, ann. 1873.

BARTON. — *London Med. Gaz.,* vol. XXI, p. 175.

BÉRARD. — *Ann. d'ocul.*, t. II, p. 179 et p. 183, 1844.

Bergh (A.). — *Om sympatisk oftalmi Hygiea*, p. 49. *Nord. Med. Arkiv.* III, 5, n° 16, p. 20, 1871.

Berlin (de Stuttgart). — *Ann. d'ocul.*, t. LVIII, p. 153.

Bernard (Cl.). — *Système nerveux*, t. II, p. 65, 1865. (Pathogénie.)

Billaux. — *Ueber symp. od. refl. Ophthalm.* (*Presse méd.*), XXIV, p. 34).

Bonnet (de Lyon).— *Aponévroses de l'œil. Enucléation. Traité des sections tendineuses.* Lyon, 1841, p. 321, et *Bull. gén. de Thérap.*, t. II, p. 114. Paris, 1815, et *Ann. d'ocul.*, *t.* V, p. 27, et t. VII, p. 30, 1876.

Boucheron.— *Section des nerfs ciliaires et du nerf optique en arrière du globe de l'œil au lieu de l'énucléation dans l'ophthalmie sympathique.* (*Gazette méd. de Paris*, p. 37).

Bowen-Schaw. — *Two cases of sympathetic disease following long standing penetrating wounds. (The New York med. Record,* 20 march, 1875).

Bowmann. — *Réunion de la conjonctive après l'énucléation. (Gaz. méd. de Paris*, 1862, p. 708.)

Brecht. — *Ueb. concent. Einengung des Gesichtsfeldes, sympatisch enstanden. Arch. f. Ophthal. t. XX*, p. 97-112, 1874.

Brière. — *Cas de cécité des deux yeux*, etc. (*Gaz. des Hôp.*, 1875. Paris, n° 90, p. 715, et *Ann. d'oc.*, t. LXXV, p. 289.

Brière. — *Des ophthalmies sympathiques.* (*L'année médicale*, journal de la Soc. médic. de Caen et du Calvados, 3e année, fév. 1878, n° 3, p. 34.)

De Brondeau. — *Des affections sympathiques de l'un des yeux à la suite des blessures de l'autre œil.* Thèse de Paris, 1833, n° 181, et *Ann. d'ocul.*, tome XLIII, p. 59.

Brown-Séquard. — *Lectures on Physiology and Pathology.* Philadelphia, 1860, p. 1451. (Pathogénie.)

Businelli. — *Ann. d'ocul.*, tome LXV, p. 151. 1871.

Caldenin (Gior.). — *Enucleazione del bulbo dell' occhio in rapporto all' extirpazione, all' influenza sull' occhio che rimane, all' anatomia pathologica ed alla protesi oculare.* In-8°, 46 pages. Torino, 1867.

Carreras y Arago. — *De la Enucleacion del ojo como el mejor preservativo de las oftalmias simpàticas, chrónica oftalmologica,* año III, n° 5, p. 81 à 86. Cadiz, 1873.

Carter R. Brudenell. — *Clinical lecture on the three periods of a case of sympathetic Irritation of the Eye. (The Practitioner,* n° 49, July, 1872.)

Carter (R.). — *Sympathetic ophthalmia. (Lancet.* oct. 9, 1877, p. 543.)

Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.* Tome I, p. 133. (Pathogénie.)

Chenantais. — *Ophthalmie sympathique.* (*Journal de médecine de l'Ouest,* année 1877, 4e trimestre, p. 249.)

Clarke. — *De l'extirpation dite immédiate du globe de l'œil après des blessures.* (*Brit. med. Journ.*, 22 mars 1862.)

Coccius. — *De vulneribus oculi in Nosocomio ophthalmiatrico*, ann. 1868 et 1869 observatis, et de oculi curandi morbo. in-4°, p. 43. Lipsiæ.

Cohn (Hermann). — *Die Schussverletzungen des Auges.* Erlangen, Gr. 4, VIII, und 218 fr. (Breslau.) 1870.

Cohn (Hermann). — *Eigenthümliche Form sympathischer Erkrankung nach Schussverletzungen. Klin. Monatsbl. für Augenheil.*, 1871, p. 400-406, et *Ann. d'ocul.*, tome LXVII, p. 300.

Colberg. — *Cysticerque ayant déterminé une ophthalmie sympathique. Klin. Monatsbl.*, tome I, p. 241. 1863. Un deuxième cas a été publié par de Græfe, et un troisième par Jackobson, dans les *Archiv. für Ophth.*

Colsmann. — *Sympathische Augenentzündung nach Iriseinklemmung*, in eine Sclerocornealwunde, 2 Fœlle. Mon. für Augenheilk., VII, p. 49.

— *Congrès ophthalmologique annuel de Heidelberg.* Session de 1863, in *Klinische Monatsblætter* et *Ann. d'Ocul.*, tome LI, p. 237.

— *Congrès ophthalmologique annuel de Heidelberg.* Session de 1865, in *Klin. Monatsbl.*

— *Congrès annuel ophthalmologique de Heidelberg.* Session de 1871, in *Klin. Monatsbl.*

— *Congrès ophthalmologique annuel de Heidelberg.* Session de 1873. *Klin, Monatsbl.*

— *Congrès de Heidelberg.* Session 1874. *Compte-rendu des Klin. Monatsbl.* et *Ann d'ocul.*, tome LXXIII, p. 65, (Dr Klein, de Vienne Rothmund, Dr Josten, de Munster, Horner, Hänel Alexander, von Welz, Knapp, Arlt, Meyer, D. Becker.)

Cooper (White). — *On wounds and injuries of the eye. (Med. Times and Gaz.,* 1854, p. 301, et de *l'extirpation de l'œil. Ann. d'Ocul.*, tome XXXVI, p. 205.

Cooper (William). — *On wounds and injuries of the eye.* London, 1859, 8 oct., p. 370.

Cooper William-White. — *A case of excision of the eye-ball.* (*Lancet*, 11-16 oct. 1859.) (*Enucléation faite pour des accidents sympathiques consécutifs à la présence d'un corps étranger.*)

Crampton-Burton. — *London, Med. Gaz.,* tome XXI, p. 175, et *Assoc. med. journal,* mai 1853, p. 411.

Creus. — *Traumatisme, ophthalmie sympathique consécutive.* (*Gazeta médica de Granada*, nos 67 et 70, et *Gaz. méd. de Paris*, 1871, n° 14, p. 147.)

Critchett. — *Ann. d'ocul.*, t. XLII, p. 230. 1859.

Critchett. — *Ueber sympathische Ophthalmie, Klin. Monatsbl.*, t. I, p. 400 et p. 448, et *Ann. d'ocul.*, tome LI, p. 236. 1863.

Czerny. — *Bericht über die Wiener Augenklinik.* Wien, 1867, p. 181.

Demme. — *Ueber spontane lokale Heilungsfähigkeit d. Carcinoma bulbi oculi ; Memorabilien* VI, 5 mai 1861. (Plusieurs cas d'ophth. symp. dans des cancers oculaires).

DEMOURS. — *Traité des maladies des yeux.* Paris, 1818.

DENONVILLIERS et GOSSELIN.— *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, p. 390. Paris, 1855.

DERBY. — *Ann. d'ocul.* T. LIV, p. 238.

— *Sympathetic ophth. persisting after enucleation ; Removal of extremity of optic nerve and surrounding tissues ; Recovery. — Transact. amer. ophth. Soc.*, p. 198—202. Newport, juillet 1874. et *Ann. d'ocul.* T. LXXV, p. 161.

DESMARRES. — *Traité des maladies des yeux*, tome III, p. 751. Paris, 1857.

— *Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire.* 1874, p. 248 — 278.

DIXON.— (*Under the care of M.*) *Excision of a lost eye-ball on account of sympathetic irritation in its fellow. Med. Times and Gaz.* 1860, *tome I, march* 10, p. 237—1. *Loss of one eye by injury; sympathetic inflammation of the other. Blindness.* Même journal, 1862, tome I. April 5, p. 350—2.

DOLBEAU. — *De l'ophthalmie sympathique. Union méd. de Paris*, 1866, n° 79.

DONDERS. — *Ann. d'ocul.* tome LI, p. 236, 1864.

DRANSART. — *Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil.* 1873. Thèse de Paris, n° 483.

— *Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil.* (*Recueil d'ophthal.*, 1877, p. 95).

DUBOIS (de Bordeaux.) — *Ann. d'ocul.*, tome XLI, p. 7, 1859.

FENOGLIO (Stefano). — *Della cictite simplice e simpática. Lezzione. Gazz. med. ital.* prov. Venete. 1873, n° 24 et 25, p. 197—205.

FIEUZAL. — *Contribution à l'étude des indications de l'énucléation du globe de l'œil dans ses rapports avec l'ophthalmie sympathique.* (*Congrès de Genève*, 1877).

FISCHER (H.) (Breslau). — *Kriegs chirurgische Erfahrungen.* 1 Theil von Metz. — Plaie des yeux par armes à feu, par Hermann Cohn, de Breslau. — Plusieurs cas d'ophthalmie sympathique. Erlangen, 1871.

FOUCHER. — *Les ophthalmies sympathiques.* (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales.* Paris, 1867, n° 13, p. 339—343).

FOX (R). Dacre. — *Fall von sympathischer Augenerkrankung. Manchester Med. and Surg. Rep.* 1, p. 64, oct. 1870.

GAD. — *Om de sympatiske ojenafbektioner*, 1874, inaug. diss. Copenhague.

GALEZOWSKI. — *Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences. (Gaz. des hôp.* de Paris. 1870, n° 149 et suiv).

— *Sur une forme particulière d'ophth. sympathique antérieure. (Recueil d'ophthalmologie*, p. 354—356, 1874, et *Traité des maladies des yeux.* Paris, 1874).

GEISLER. — *Verletzungen der Augen.* Leipzig et Heidelberg, 1864, p. 481.

GILET. — *Sympathies au point de vue clinique*, 1870.

GOLDZIEHER. — *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, tome XV, p. 406.

GOSSELIN. — *Choroïdite sympathique, atrophique et exsudative.* Leçon rec. par B. Berger et Lecerf. *Journ. d'ophth*, I, p. 9—15, 1872.

GRÆFE (A. de) et SCHWEIGGER (G.) — *Beiträge zur anatomischen Klinik d. Augenkrankheiten. Arch. f. Ophthalm.* VI, p. 116—169, 1860.

GRÆFE (A. de). — *Zur Lehre der sympathischen Ophthalmie. Archiv. für Ophth.*, 1866, et *Clinique ophthalmologique,* édition française, traduction du Dr Meyer. Paris, 1867, p. 300.

— *Archiv. für Ophth*, tome IV, p. 123—128.

— *Archiv für Ophthalmologie*, tome III, 2, p. 442—445, et *Ann. d'ocul.*, tome LIV, p. 142.

— *Archiv. für Ophth.*, tome XII, 2, p. 100, p. 149, p. 154. *Névrotomie ciliaire*, p. 171, et *Ann. d'ocul.*, tome XLIX, p. 181 et tome LIX, p. 180.

GREEN (John). — *A case of sympathetic ophth. following a penetrating wound with lodgement of a fragment of a percussion cap in the other eye, with remarks on sympathetic inflam. of the eyes.* Saint-Louis, 1868. *Med. and surg., Journal.*, p. 204—213.

GROSSMANN. — *Beitrag zur sympathischen Augenentzündung. Berliner Klin. Wochenschrift.* 1875, n° 14, p. 15.

GUÉPIN (fils). — *Ann. d'Ocul.*, T. XLIV, p. 189.

GUÉPIN (de Nantes). — *Quelques notes pour servir à l'étude de l'ophthalmie sympathique. Ann. d'Ocul.*, T. LIII, p. 23s, 1865.

HALE (S.). — *Bony tumour in the eye-ball producing sympathetic irritation of the other eye. Enucleation. Recovery. Philadelphia med. aud. surg. Rep.* p. 400.

HALL (A.-D.). — *Sympathetic ophthalmia with a case. Philadelphia Med. Times,* 1873, april 26. p. 476.

HANDY. — *Case of sympathetic ophthalmia,* 1869. *Boston med. and. Surg. Journ.*, IV, 1, p. 5.

HARLEN. — *Fälle von sympathischer Ophthalmie. Philadelphia. med. Times,* III, oct. 31, 1872.

HART. — *Sympathetic ophthalmitis. Lanat.* Janv. 19. 1863.

HAYEM. — *Lésions de la moelle épinière consécutives à l'arrachement du nerf sciatique. Comptes-rendus de la Soc. de biologie,* 1873, p. 286. — *Archives de physiologie normale et pathologique.* — Pathogénie, 1873, p. 504.

HAYEM. — *Pachyméningite spinale hémorrhagique chez le lapin. Comptes-rendus de la Société de biologie,* 1873, p. 322. — Pathogénie.

HAYEM. — *Des altérations des centres spinaux consécutives aux lésions des nerfs. Comptes-rendus de la Soc. de biologie,* 1874, p. 157, et 1875, p. 289 et 426. — Pathogénie.

HAYEM. — *Sur les altérations de la moelle, consécutives à l'arrachement et à la résection du nerf sciatique chez le lapin. Comptes-rendus de l'Acad. des sciences*, 1874. — Pathogénie.

HAYEM. — *Note sur un cas de troubles trophiques, etc. Arch. de physiologie*, p. 90, 1878. — Pathogénie.

HAYEM. — *Recherches sur l'anat. path. des affections musculaires. Mém. de l'Acad. de méd.* — Pathogénie.

HEGELE. — *Sympathische Augenentzündung. Zeitschrift für Wundærtze und Geburtsheilk.* n° 12, 1874.

HERSING (F.). — *Compendium des maladies des yeux.* Erlangen, 1873.

HEYMANN. — *Neuroparalytische Augenentzündung. Klin. Monatsbl.*, t. 1, p. 204, 1863.

HIMLY. — *Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges*, Bd. I, p. 450 et 505, et II, p. 414.

HIRSCHBERG. — *Klin. Beobachtungen*, p. 35, 1874.

HOGG. — *Clinical Remarks on Staphyloma. Med. Press.* 25 march., 1875.

HOLMES. — *Contributions à l'histoire de l'ophthalmie sympathique. Soc. d'ophth. amér. Compte-rendu, rapport* pour 1867, et *Ann. d'Ocul.*, t. LXIV, p. 37.

HOLMES (E.-L.). — *Mechanical Injuries of the globe, with numerous path. Specimens. Chicago med. Journal and Examiner*, t. XXXVI, Jan. 1878, p. 12.

HORING. — *Combinaison de l'énucléation avec le procédé opératoire de Louis. Ktin Mon.* t. I, p. 219.

HORING. — *Iridocyclitis traumatica; enucleatio bulbi. Klin Monatsbl. für Augenheilk*, p. 262, 264, 1871.

HOY. — *Instrument pour faciliter la section du nerf optique dans l'énucléation. Transact. amer. Soc.* Newport, juillet 1874, et *Ann. d'Ocul.*, t. LXXIV, p. 166.

HULKE. — *Ophth. Hosp. Rep.*, t. IV, et *Ann. d'Ocul.*, t. LXII, 1869.

HUTCHINSON (Jonathan). — *Notes of Miscellaneous cases. Ophthalmic Hosp. Rep.*, t. VI, p. 48 et 142. (Une observation d'ophth. arrêtée par l'énucléation de l'œil prim. malade.)

JACOBI. — *Vorzeitige und aküte Entfärbung der Wimpern beschränkt auf die Lider eines sympathisch erkrankten Auges* (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk*, 1875, p. 153, et *Ann. d'Ocul.*, t. LXIV, p. 78.)

JACQUET. — *Sur les sympathies.* Thèse de Paris, 1868.

JEFFRIES (B.) — *A foreign body in the globe only producing sympathetic trouble after thirteen years, (Trans. amer. ophth. Soc.* p. 203, 1874; et *Zoster ophth.*, p. 73-78, 1873).

JUST. — *Enucleatio bulbi mit tödtlichem Ausgange. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk*, 1872, p. 253-256, et *ann. d'ocul*,, tome LXX. p. 255).

KEYSER. — *Sympathetic ophthalmia, Philadelphia med. and surg. Rep.*, décembre 11, 1875.

KITTEL. — *Ueber iridochoroïditis sympathica dextra bedingt durch cataracta natalis sinistra. (Allg. Wien. med. Zeit.*, 1859, n°s 45 et 46).

KLEIN (S.) — *Ueber sympathische Ophthalmie nach Operation*

ophth. Gesellschaft, Klin. Monatsblætter für Augenheilk, p. 334-344, 1873, et *Ann. d'ocul.*, tome LXXIII, p. 65.

KNAPP. — *Archiv für Augen und Ohrenheilkunde,* tome II, Abth. 1, 230, et II, 188, et *Ann. d'ocul.*, tome LXVIII, p. 253.

KNAPP (H.) — *Anterior staphytoma of lhe eye-ball. New York med. Record.* Jan. 2, 1877.

LANSBERG. — *De ophthalmiæ neuroparalyticæ natura et causis,* Berolini, in-8°, p. 29. 1859.

LAQUEUR. — *Etudes sur les aff. sympathiques de l'œil.* Thèse de Paris, 1869, in-8°, p. 55, et *Ann. d'ocut.,* tome LXII, p. 194.

LAWSON. — *Inflammation sympathique après tésion grave de l'autre œil. (Lancet,* janv. 1863. n° 3).

LAWSON. — *De l'ophthatmie sympathique, med. Times and Gaz.*, 19 oct. 1864, et *ophth. Hosp. Rep.*, tome V, p, 42, et *Ann. d'ocul.*, tome LV, p. 165, et tome LVII, p. 246.

LAWSON. — *Sympathetic ophthalmia caused by a propagation of the irritation excited by improperly wearing an artificiat eye on a partialty shrunken gtobe. Ophth. Hosp. Rep.*, VI, p. 123, et *Ann. d'ocul.*, tome LXV, p. 170.

LAWSON. — *The injuries to the eyes, to which engineers and boiter-makers are speciatly exposed. Ophthalmic Hospit. Reports,* 1865, tome IV, p. 363, (plus. obs. d'*ophthal. sympath.*)

LAWSON. — *Loss of the teft eye from the todgement within it of a portion of a guncap. Inflammation of the stump, more than seven years after the injury, followed by sympathetic ophthatmia of the right eye; Clinical remarks.* (*Ophthalmic Hospital Reports,* 1865, T. V.

LAWSON. — *Injuries of the eye, orbite and eyelids ; their immediate and remote effects.* London 1867, Longmans, Green and Company.

LEBRUN. — *Sangsue appliquée sur l'œil, ophth. sympathique à l'autre œit.* (*Ann. d'ocul.* T. LXIV, p. 136, 1871).

LEDOUX. — *Sur tes affections sympathiques de l'œil.* Thèse de Paris, p. 87, 1871.

LIEBREICH. — *Klin. Monatsblätter*, oct. et nov. 1863, et *Ann. d'ocut.* T. LI, p. 238.

LINDNER (Sigmund). — *Zwei Fälle von sympathischer Augen-entzündung.* (*Wiener med. Presse, n°* 17, 1873).

LITTLE. — *Injury of the eye, enucleation.* (*Brit. ed. Journal,* p. 252. 1872).

LOHMANN. — *Sur un cas d'ophthalmie inlermillente.* (*Ann. d'ocul.* et *Gaz. di Milana*, 1871, p. 185).

LUDERS (F.) — *Ein Beitrag zur Lehre von der sympathischen Ophthalmie.* Inaug. Diss. Wurzburg, 1872.

MAATS. — *De sympathische and œningen Van Heloog.* Utrecht, 1865, et préface de Donders.

MAC NAUGHTON. — *De l'énucléalion de l'œil après les traumatismes du*

globe oculaire. (*The Dublin Journ. of med. Science,* feb. 1876, p. 123, et *Ann. d'ocul.* T. LXXVI, p. 84.)

Mackenzie. — *Traité des maladies des yeux,* p. 421, traduit par Laugier, 1844, avec addition, p. 21, d'une obs. personnelle recueillie en 1843.

Magne. — *Union médicale,* Paris, 1852, p. 286.

Magni. — *Analisi clinice di due occhi alterati per irido-coroïdite,* (*Rivista clin. di Bologna,* febr. et marzo, 1873.)

Mason. — *A case of extirpation of the eye-ball. S. Oben,* 1870. p. 212.

Mathias Duval et Laborde. — *Expériences sur le noyau d'origine du Trijumeau.* (*Bull. de la Soc. de Biologie,* 1878.) — Pathogénie.

Mauthner (Ludwig). — *Die sympathischen Augenleiden. Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde.* Wiesbaden, Bergmann, 1878.

Meyers (E).— *Ueber die Durchschneidung der ciliar Nerven, Sitzungsbericht. Mon. für Augenheilk.* T. IV, p. 280, et *Ann. d'ocul.,* T. LXIII p. 129 et T. LXI, p. 172.

Mills (Ch. K.).— *Two cases of sympathetic ophthalmia.* (*Philadelphia med. Times,* oct. 26).

Mollière (D.). — *De l'énucléation dans les cas de phlegmon grave de l'œil.* (*Lyon méd.* 25 juin 1876, et *Ann. d'ocul.,* T. LXXVI, p. 80.)

Mooren (Albert). — *Sympathisches Erkranken. Ophth Beobacht.* p. 143. 151, 154, 160. Berlin, 1867, et *Ann d'ocul.,* T. LVIII, p. 291,

Mooren (Albert). — *Ueber sympathische Gesichtsstörungen,* Berlin, 1869, traduction française, p. 159 de Lebeau (Liège 1870), et *Ann. d'ocul.,* T. LXII, p. 274, analyse de Laqueur.

Mooren (Albert).— *Prof. Schweigger und die Kritische Wienerschrift über.*
Sympathische Gesichtsstörungen, Deutsche Klinik, n° 46.

Mooren. — *Ophth. Mittheilungen aus dem Jahre,* 1873. p. 61-68.

Muller (H.). — *Comparaison de l'atrophie des nerfs ciliaire et optique.* (*Archiv. fur Ophth.,* T. IV, p. 367, 1878).

Muller (Hugo). — *Zur Casuistik der Cyclitis.* Inaug. Diss. Greifswald, 1873.

Nagel.— *Jahresbericht der Ophth. Bericht für das Jahr,* 1871, p. 301.

Nolte (A.).— *Zur Kasuistik Sympathischer Augenerkrankungen.* Inaugural Diss. Greifswald, 1877.

Norris (W.). — *On Sympathetic Irritation. Philadelphia med. Times,* 1874, oct. p. 65.

Noyes. — *Sympathetic Ophthalmia in right eye from fragment of iron in left eye. The Detroit Review,* Nov., 1871.

Noyes (H. D.). — *Herpes zoster ophthalmicus of the left side, causing loss of the corresponding eye and subsequent loss of the opposite eye. Transact. amer. ophthal. Soc.,* p. 71-72, 1873.

Osio. — *Ophthalmie sympathique. Énucléation. Résultat inespéré. Cronica oftalmologica de Cadix. Annal. d'ocul.,* 73, p. 186.

Pagenstecher. — *Arch. für Ophth.,* I., 1. — *Klin. Beobach.,* Wiesba-

den, 1862, heft 2, S. 48-62-75, et *Ophth. Hospital Reports*, I, p. 216.
— *Beiträge zur Lehre von hämorragischem Glaucom mit Hämorrhagien. Arch. für Ophth.* XVII, 2, p. 98-112.
— *Meningitis mit lethalem Ausgang nach Enucleatio Bulbi sinistri. Irido-choroïditis sympathica oculi dextri.* 1873. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk*, p. 123-130, et *Ann. d'ocul.* tome LXXIII, p. 15.

PAMARD (d'Avignon). — *Ann. d'ocul.*, tome XXIII, p. 23, 1860.

PANAS. — *Ophthalmie sympathique. Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil*, 6e leçon, p. 78.

PEPMULLER (Felix). — *Ueber sympathische Augenaffectionen. Arch. für Heilkunde*, 1871, p. 219-249.

PFLÜGER. — *Zur sympathischen Ophthalmie. Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, nos 7 et 8, 1875.

POMEROY. — *Glaucomatous inflammation of the fellow eye resulting from the linear extraction of a traumatic cataract ; early iridectomy; cure; New York med. Record.*, March. 1, 1874.

POOLEY (Thomas). — *Sympathetic ophthalmia, New York ; Med. Journal*, oct. 1870.
— *Foreign body in the eye diagnosticated by limitation of the visual field. Trans. amer. ophth. Soc.*, 1870, p. 108, et *Ann. d'ocul.*, tome LXV, p. 270.
— *Verletzung des linken Auges; Sympathische Ophthalmie des Rechten. Verlust des Sehvermögens auf dem ursprünglich verletzten Auge. Archiv. für Augenh. und Ohrenh.*, I, 2, p, 230, et *Ann. d'ocul.*, tome LXVII, p. 203.
— *Zwei Fälle von sympathischer Augenentzündung, mit Neuroretinitis. Arch. für Augenh. und Ohrenh*, II, 1, p. 261, et *Annal. d'ocul.* LXXIII, p. 262.

POWER (H.) — *Report of the cases treated in the ophth. department.* (*Saint-Georges Hosp. Rep.* V, 1871).

POWER (Henry). — *A case of sympathetic ophthalmia from a foreign body lodged in the vitreous space. Enucleation. Recovery of the sympathetically affected eye.* (*Lancet*, I p. 663. 1873).

POWER (H). — *A case of sympathetic ophthalmia in which recovery resulted.* (*Ophth. Hosp. Rep.* VII, p. 443-451, 1873).

PRICHARD (de Bristol). — *Des blessures de l'œil et de son extirpation. Provincial med. and surg. Journal.* 5 février 1851, p. 66. et nov. 1852, et *Assoc. med. Journal*, oct. 1854, et *Ann. d'ocul.*, tome XXXII, p. 172, et *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p.520 et p. 616.

PRICHARD. — *Brit. med. Journal, april* 23, 1859. (*Enucléation dans un cas d'ophthalmie sympathique*).

REICH (de Saint-Pétersbourg). — *Ueber die sympathische Cyclitis und Spasmus des Ciliarmuskels. Med.* Bote, Saint-Petersburg. XII, et *Ann. d'ocul.*, tome LXXV, p. 14, 1870.
— *Cyclite et ophthalmie sympathique.* (*Ann. d'ocul.*, tome LXXV, p. 14).

Reid. — *Ophthalmia sympathica.* (*Glascow med. Journal.* p. 422. 1876).

Rheindorf. — *Sur l'ophthalmie sympathique.* Broch. Lille, 1865.

Richardson. — *Dublin Quart. Journ. of med. science.* Nov. 1859, et *Arch. gén. de méd.* Paris, 1860.

Rondeau. — *Des aff. oculaires réflexes et de l'ophth. sympathique.* Thèse in-8°, p. 132. Paris, 1866.

Rossander. — *Contributions à l'étude de l'ophth. sympathique. Nord, med. Archiv.*, tome VIII, 1, p. 1. Stokholm, 1876, et *Ann. d'ocul.*, tome LXXV, p. 301.

Ruvioli. — *Névrose binoculaire entretenue par une ossification rétinienne et guérie par l'énucléation du globe ossifié. (Ann. d'ocul.* tome LXXVII, p. 165).

Samelsohn (S). — *Zur Nosologie und Therapie d. sympath. Erkrankungen. Archiv. f. Augen und Ohrenheilk.* IV. B. d. 2. II. p. 280. 1873.

Samelsohn. — *Ueber vasomotorische Stœrungen des Auges, eine vasomotorische Neurose des Ciliarkœrpers. Cyclitis vasomotoria.* (*Grœfe Arch.* XXI, 13, 29-99, 1875.)

Sanabilié. — *Iritis intermittente.* (*Lancet*, 1846. et *Ann. d'ocul.*, t. XVI, p. 226).

Savary (du Mans). — *Contribution à l'étude des ophthalmies sympathiques. Ann. d'oc.*, t. LXXII, p. 17, et t. LXXVI, p. 151.)

Schenkel (Adolf). — *Ein Fall von plœtzlich aufgetretener Petiosis circumscripta der Wimpern. Arch. für Dermatologie und Syphitis*, V, p. 137-139.

Schiess-Gemuseus. — *Beitræge zur pathologischen Anatomie des Auges und der Orbite. Arch. f. Ophth.* XIV, 1868.

Schiff. — *Physiologie de la digestion*, p. 235, t. 1. *Lezioni di Fisiologia*, Firenze, 1866, p. 35. Pathogénie.

Schmidt (A.). — *Sympatische Ophth.* (2 Fælle),, *Klin. Monatsblætter für Augenh.*, 1874, p. 177-186.

Schœler (H.). — *Jahresbericht über die Wirksamkeit der Augenklinik* von Dr. H. Schœler, Docent an der Universitæt zu Berlin, im Jahre 1877, p. 26. *Ein neues Operationsverfahren, die Neurotomia opticociliaris.* Berlin, H. Peters, 1878.

Schweigger. — *Die sympathische Gesichtsstœrungen* von A. Mooren. (*Deutsche Klinik*), n° 42, und Replik, n° 49.

Schweigger. — *Handbuch der speciellen Augenheilkunde*, 1871, p. 331-337.

Schweigger. — *Ueber sympathische Augenleiden.* (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1878, 28 mai, p. 281.

Secondi (de Gênes). — *Giornale d'ophth. italiana*, 1869, 1er fasc., et *Ann. d'ocul.*, t. LX, p. 6.

Secondi (de Gênes). — *Sur la Névrotomie ciliaire et l'ophth. sympathique, Ann. d'oc.*, t. LXIX, p. 136.

Seely (W.). — *Case of sympathetic, Neurosis from wearing an artificial eye. Clinic.*, sept. 2, 1871.

SHAW BOWEN. — *Two cases of sympathetic disease following long standing penetrating wounds*, etc. (*New York med. Record*, march. 20 : 1875).

SICHEL (J.). — *De l'extirpation du globe. Ann. d'ocul.*, tome XVIII, p. 40, 1847.

— *De l'énucléo-dissection du globe oculaire, combinée avec l'extirpation, méthode mixte préférable dans certains cas spéciaux.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1867, n° 27, et *Ann. d'ocul.* tome LVIII, p. 56).

— *Ann. d'ocul.*, tome XLIX, p. 154.

SINITZIN. — *Centralblatt.* 1864, p. 148. Pathogénie.

SNELLEN (H.). — *De Ophthalmia neuro-paralytica. Nederl. Tidsch.*, tome VIII, p. 177. *Ann. d'ocul.*, tome LIII, p. 170, et *Klin. Monatsbl.*, tome II, p. 224.

SOELBERG WELLS. — *Ann. d'ocul.*, tome LI, p. 236, 1864.

— *Injury of the left eye; twenty-six years afterwards sympathetic inflammation*, etc. (*The Lancet.*, décembre 18. 1869).

— *Traité pratique des maladies des yeux*, traduct. française, Paris 1873, p. 204-217, et p. 699.

SOLOMON (Vosc). — *Extirpation d'un œil désorganisé à cause d'une affection sympathique de l'autre. Med. Times and Gaz.*, 1877.

— *Névrotomie contre l'ophthalmie sympathique.* (*Med. Times and Gazette*, 1861, p. 327).

— *A note on reflex disease of the eye, of traumatic origin.* (*Dublin Quarterly journal*, février 1863.

— *Dublin Quarterly journal*, tome XXXV, n° 58, février 1865.

— *A case of sympathetic ophthalmia cured by Neurotomy, a substitute for removal of the eye-ball.* (*Lancet.*, 1868, décembre 5).

— *Section of the cornea in certain diseases of the eye of inflammatory origin.* (*British Medical journal*, March 18, 1876, p. 343).

STEFFAN. — *Jahresbericht seiner Augenheilanstalt*, 1874, Frankfurt am Main, 19 pages. — *Bericht über dessen Augenheilanstalt* 1873-1874, in *Jahresberichte über Verwaltung des Medicinalwesens*, etc., der Stadt Frankfurt am Main, XVII, Jahrgang, 1874, et *Archiv für Ophth.*, XI, p. 128.

STREATFIELD. — *Conservation ou destruction de la conjonctive dans le cas d'énucléation du globe* (*Lancet*, 1872, 15 juin, p. 821, et 22 juin, p. 856, et *Ann. d'ocul.*. tome LXX, p. 197.) 1873.

TARY (Vares). — *Wound of eye-ball in sclero-corneal region sympathetic ophthalmia of the other eye in five weeks enucleation; of the injuried eye-ball; temporary improvement followed by almost complete loss of sight in the eye sympathetically affected. Ophthalm. Hosp. Reports*, VII, p. 505-512.

TAVIGNOT. — *Iritis sympathique.* (*Gaz. des Hôp.* Paris, 1849, n° 124, p. 496.

— *Iridectomie contre l'iritis sympathique.* (*Gaz. méd.* Paris, 1864, n° 10.)

TAYLOR (R.). — *On sympathetic inflammation of the eye-ball.* (*Medical Times and gazette*, 1856, p. 439.)

— *Adhesion of the retina to the cicatrix following the removal of cornea. Trans. of the path. Soc.*, tome IX, p. 362. (Accidents sympathiques à la suite de la lésion sus-indiquée. Amputation du segment antérieur. Retour des accidents, énucléation.)

TERSON. — *Corps étranger ayant séjourné* 43 *ans dans l'œil, excision et autopsie de cet organe.* (*Rev. méd. de Toulouse,* janvier 1870, p. 12, et *Ann. d'ocul.*, tome LXIII, p. 85.)

TESTELIN et WARLOMONT. — *Ann. d'ocul.*, tome XXXIV, p. 262, et trad. franç. du traité des *Maladies des yeux*, de Mackenzie, tome II, p. 117. Paris, 1857, et supplément, p. 382, 1867.

TESTELIN. — *Ophthal. Hosp. Rep.*, vol. VI, 3e partie (suite, v., tome LXVI, p 34). Traduction des observations de Veeron, Cooper, Lawson, Bowman, Streatfield, Hutchinson. *Ann. d'ocul.*, tome LXVIII, p. 215.

TILLAUX. — *Du traitement chirurgical de l'ophthalmie sympathique; nouveau procédé d'énucléation du globe de l'œil.* (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1872, no 83, p. 24-34, et *Ann. d'ocul.*, tome LXVIII, p. 182, et aussi réclamation du Dr Fano pour son traité, tome II, p. 540, *Ann. d'ocul.*, tome LXVIIII, p. 284.

VERNEUIL. — *Gaz. hebd.* Paris, 1871, p. 473, et *Ann. d'ocul.*, tome, LXVII, p. 221.

— *De l'occlusion permanente des paupières par la blépharorrhaphie, dans certains cas d'ophth. sympathique.* (*Gaz. hebd.* Paris, 1844, p. 19.)

VERNON (J.-B.). — *On excision of the eye-ball. Saint-Barth. Hosp. Rep.* VII, p. 185-192, et VI, p. 284-296, et *Ann. d'ocul.*, t. LXVIII, p. 215.

VIGNAUX. — *De l'ophthalmie sympathique, etc.* Thèse de Paris, 1877.

VIRCHOW. — *Pathologie cellulaire*, 4e édition, p. 158. Pathogénie.

VOLKART. — *Ueber Sympathische Irido-choroïditis und Enukleation.* Zürich, 1863.

VULPIAN. — *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, 23e leçon, T. II, p. 359. Pathogénie.

WALTON (Haynes). — *Cretaceous degeneration of the crystalline lens and its capsule producing pain and irritation, together such sympathetic morbid changes in the sound eye, as to impair vision and threaten loss of sight.* (*Medical Times and Gazette,* 1854, p. 155).

WALTON (Haynes). — *On Sympathetic Inflammation of the eye-ball. Brit. med. Journ.*, 14 avril 1857, et *Lancet*, 1858, p. 97, et *Bri. Med. Journ.* 20 oct. 1865, et *Gaz. méd. de Paris,* 1863, p. 437, et *Med. Times and Gaz.*, nov. 1864, p. 438).

WALTON (Haynes). — *Sympathetic ophthalmia* (*Lancet,* 1868, 26 sep. et 17 oct.

WALTON (Haynes). — *Sympathetic ophthalmitis, med. Times and Gaz.* 18 sept. 1875.

WARDROP. — *Morbid Analomy of the Human Eye,* vol. II, p. 159, London, 1819.

WARLOMONT.—*Rapport du Congrès ophthalmologique de Londres,* 1872, et édition française, Paris, 1873, p. 16-31, et *Ann. d'ocul.*, T. LXVIII, p. 215.

WARLOMONT. — *Ann. d'ocul.*, T. LXXV, p. 29, et T. LXXVI, p. 155.

WARLOMONT. — *De l'énuctéation du globe de l'œil, comme moyen préventif de l'ophthatmie sympathique.* Rapport de M. le Dr Warlomont au Congrès de Genève, 1877.

WATSON (Spencer). — *Sympathetic ophlh. after injury by a chif of iron* (*Brit. med. Journ.*, 1869, 16 oct).

WATSON (Spencer). — *Traumatic ophthalmitis* (*Bril. med. Jour.*, II, p. 328, 1870).

WATSON (Spencer). — *A case of bony deposit in lhe eye, the result of injury and cause of sympathetic ophlhalmia. Transact. of lhe path. Soc. of London*, XXII, p. 226, 1870.

WATSON (Spencer). — *A case of sympathetic ophthalmitis*, *the result of injury. Successfut result of extirpation of the injured eye. Transact. of the path. Soc.* XX, et *Lancet*, I. p. 821, 1871.

WATSON (S). — *Ophthalmitis and sympathetic ophthalmia.* (*Lancet*, T. p. 663, 10 mai 1873, et *Ann. d'ocut.*, t. 72, p. 287. Corps étranger dans le corps vitré. Enucléation, guérison de l'œil sympathiquement malade.

— *On sympathetic ophth., with an analysis of 14 cases lrealed by Enucleations.* (*The Practitioner.* March., 1874.)

WEBER (Otto). — *Centralbtatt*, 1864, p. 148. Pathogénie.

WECKER. — *De t'énuctéation de t'œit, comme moyen prévenlif de l'ophthatmie sympathique.* (*Gaz. des Hôp.* Paris, 8 août 1865).

— *Traité des matadies des yeux.* Paris, 1867, T., p. 413.

— *Handbuch der gesammlen Augenheilkunde* von Prof. A. Græfe und Prof. Saemisch, Bd IV, 2, p. 519, Leipzig, 1876.

WELZ. — *Instrument pour l'énucléation du globe présenté au Congrès* de Heidelberg de 1863, *Klin. Monatsbt. et Ann. d'Ocul.,* T. XLIV, p. 154.

WHARTON (Jones). — *Principles of ophthalmic Med. and Surg.*, London, 1855.

WILSON (H.). — *On suppuration of the eye-ball afler injury. Dublin, Quarterty Journal*, XLIX, p. 500, 1870.

WOLFE (J.-R.).— *A form of iridectomy applicable to cases of sympathetic ophthalmia* (*Med. Tim. and Gaz.*, 15 janv. 1876, p. 59).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

CHAPITRE II.

Etiologie.

CHAPITRE III.

Pathogénie.

CHAPITRE IV.

Symptomatologie.

CHAPITRE V.

Diagnostic.

CHAPITRE VI.

Traitement.

VERSAILLES. — CERF ET FILS, IMPRIMEURS, RUE DUPLESSIS, 59

